

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

1. lékařská fakulta

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví

Studijní obor: Ošetrovatelská péče v anesteziologii, resuscitaci a intenzivní péči



Bc. Petr Caletka

Informovanost dětských pacientů a rodičů před anestezií

Awareness of pediatric patients and their parents before anesthesia

Diplomová práce

Vedoucí závěrečné práce: Mgr. Eva Marková

Praha, 2013

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracoval samostatně a že jsem řádně uvedl a citoval všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 21. 04. 2013

Bc. Petr Caletka

Poděkování

Rád bych touto cestou poděkoval především všem respondentům - rodičům a dětem, za jejich ochotu a spolupráci na tomto výzkumu. Dále děkuji všem zdravotníkům, kteří věnovali značné úsilí a svůj drahocenný čas při oslovování jednotlivých respondentů a současně také náměstkyním obou fakultních nemocnic, bez jejichž souhlasu by výzkum nemohl být realizován.

Mé díky patří také rodině, za její morální podporu a věcné připomínky a vedoucí této práce Mgr. Evě Markové, za její odborné vedení.

Při tvorbě této práce jsem spolupracoval s velkým počtem spolupracovníků, kteří mi byli odbornými konzultanty v jednotlivých oblastech řešené problematiky. Jejich jména uvádím níže a srdečně jim touto cestou děkuji.

Ing. Alena Dohnalová - odborné konzultace a pomoc se statistickým zpracováním

PhDr. Daniel Jirkovský, Ph.D., MBA - odborné konzultace v oblasti výzkumu

MUDr. Dagmar Krejčí - odborné konzultace v oblasti dětské anesteziologie

MUDr. Vladimír Mixa - odborné konzultace v oblasti dětské anesteziologie

Mgr. et Mgr. Eva Prošková - odborné konzultace v oblasti zdravotnického práva

Doc. PhDr. Jana Kocourková - odborné konzultace v oblasti dětské psychologie

Identifikační údaje

CALETKA, Petr. *Informovanost dětských pacientů a rodičů před anestezií [Awareness of pediatric patients and their parents before anesthesia]*. Praha, 2013. 105 stran, 7 příloh. Diplomová práce. Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Ústav teorie a praxe v ošetrovatelství. Vedoucí práce Marková, Eva.

Abstrakt

Primárním cílem této práce bylo popsat současný systém informovanosti dětských pacientů a rodičů před anestezií, dále do jaké míry jsou dětské pacienty a jejich rodiče informováni o anestezií. Práce předkládá také vlastní názory obou skupin respondentů na současnou klinickou praxi a jejich náměty na její zlepšení. Dle dostupných rešerší nebyla dodnes žádná obdobná studie v ČR realizována. Osloveno bylo 215 respondentů ve dvou největších fakultních nemocnicích v České republice (FN Motol v Praze, FN Brno), studii dokončilo 131 z nich (60,93 %). Data získaná technikou dotazníku byla dále statisticky zpracována. Z výsledků vyplývá potřeba zkvalitnění předoperační informovanosti dětských pacientů a rodičů v souvislosti s anestezií. Evidentní je zájem rodičů i dětí o tištěné informační materiály, ačkoliv preference rodičů stále směřují především k ústní formě sdělení - anesteziologickému rozhovoru.

Klíčová slova

Anestezie, dětská anesteziologie, informovanost, edukace, děti, rodiče

Abstract

The primary aim of the thesis was to describe current awareness system of pediatric patients and their parents before anaesthesia and whether and to what extent the two groups are informed about anaesthesia. Furthermore, the thesis presents actual opinions of both responding groups on the current state of clinical practice and suggestions for its improvement. In accordance with available sources, so far no similar research has been carried out in the Czech Republic. A total number of 215 respondents at two biggest teaching hospitals in the Czech Republic have been addressed (Teaching Hospital Motol, Prague and Teaching Hospital Brno), the survey was finished by 131 people (60.93 %). Consequently, the questionnaire output was statistically processed. The findings demonstrate a need of an improved anaesthesia awareness of pediatric patients and parents before the surgery. Obviously, both parents and children require printed information materials, although parents still tend to prefer rather the oral form – the anaesthesia interview.

Keywords

Anaesthesia, pediatric anaesthesiology, awareness, education, children, parents

Obsah

Obsah	6
Úvod	8
1. Teoretická východiska řešení problematiky	11
1.1 Úvod do dětské anesteziologie	11
1.1.1 Historie dětské anesteziologie jako medicínského oboru	12
1.1.2 Specifika dětské anesteziologie	15
1.2 Právní aspekty řešení problematiky	17
1.2.1 Informovaný souhlas - obecně	17
1.2.2 Náležitosti informovaného souhlasu	20
1.2.3 Krátká diskuze k danému tématu	24
1.2.4 Práva pacientů	24
1.2.5 Práva dětských pacientů - Charta práv dětí v nemocnici	25
1.3 Psychosociální aspekty řešení problematiky	28
1.3.1 Adaptace dítěte na nemocniční prostředí	29
1.3.2 Adaptace dítěte na anestezii - příprava	34
1.3.3 Adaptace rodičů na hospitalizaci dítěte	36
1.4 Základy komunikace s dětským pacientem a rodiči	37
2. Empirická část práce - kvantitativní výzkum	40
2.1 Stanovení cílů	40
2.1.1 Obecné cíle:	40
2.1.2 Dílčí cíle:	40
2.2 Stanovení hypotéz	40
2.3 Design výzkumu	41
2.4 Metoda tvorby dat	41
2.5 Výzkumný soubor	42
2.6 Metoda analýzy dat	44
2.7 Průběh realizace	45
2.8 Výsledky výzkumu a jejich analýza - Část pro rodiče	46
2.9 Výsledky výzkumu a jejich analýza - Část pro děti	79
2.9 Diskuze	87
Závěr	94

Seznam použitých zdrojů	96
Seznam zkratk	100
Seznam tabulek	101
Seznam grafů	103
Seznam příloh.....	105

Úvod

Dovolte mi na samotný úvod položit otázku, která úzce souvisí s tématem této diplomové práce, jelikož si ji klade stále více pacientů v souvislosti s operačním výkonem. Ta otázka zní: „*Je anestezie bezpečná?*“ Přestože právě anestezie umožnila vývoj operačních technik a přinesla pacientům obrovskou úlevu, stále kolem ní panuje řada mýtů a obav. Ty mohou souviset nejen s vlastním pocitem nejistoty a bezmoci z uměle navozeného bezvědomí, při kterém člověk ztrácí kontrolu nad sebou samým, ale také s nekvalitní a nedostatečné informovaností pacientů. Právě z toho důvodu by měla být součástí každé předoperační přípravy také anesteziologická vizita, při které je pacient osobně navštíven anesteziologem, který jej kromě jiného také informuje o povaze a průběhu anestezie, jejích možnostech i rizicích.

Obecně můžeme říci, že každý operační zákrok a s ním související hospitalizace je pro každého pacienta narušením jeho normálního života a běžných aktivit. O to více, jedná-li se o pacienta dětského. Právě při hospitalizaci dítěte dochází k jeho vytržení z rodiny, z kontaktu se sourozenci i kamarády. Dítě se tak nachází v pro něj zcela cizím prostředí, plným neznámých lidí, věcí a situací.

Je třeba si v této souvislosti uvědomit základní pravidlo, které by měli mít na paměti především všichni profesionální zdravotníci, kteří se při své práci mohou setkat s dětským pacientem: „Děti nejsou pouhým zmenšeným obrazem dospělých. Jsou mezi nimi podstatné anatomické, fyziologické, biochemické a psychologické rozdíly, které jsou tím výraznější, čím je dítě menší.“¹

S ohledem na tyto skutečnosti má pediatriká péče svá specifika, která po zdravotnících (především lékařích a sestrách) vyžadují značnou míru empatie, úsilí, trpělivosti a kvalitní komunikace. A to nejen s hospitalizovanými dětmi, ale především s jejich rodiči - jejich zákonnými zástupci. Dětská anesteziologie v tomto není výjimkou.

Vzhledem ke zdravotní legislativě České republiky je před každým léčebným a diagnostickým zákrokem, prováděným u dětí a mladistvých, nutný informovaný souhlas rodičů nezletilého pacienta. Ten má za cíl, kromě právní ochrany zdravotníků i daného zdravotnického zařízení, informovat rodiče o účelu, povaze, důsledcích, jakož i alternativách a rizicích, souvisejících s daným zákrokem - v našem případě s podáním

¹ FEDORA, Michal: *Dětská anesteziologie*. 2012, s. 12

anestezie. Vzhledem k povaze anesteziologického zákroku je preferován především písemný informovaný souhlas. Jedná se o poměrně obsáhlý dokument, ve kterém jsou rodiče seznámeni se základními teoretickými informacemi spolu s výčtem nežádoucích až fatálních následků, na základě kterých se mají rozhodnout pro souhlasné či nesouhlasné stanovisko. Z pohledu klinické praxe by proto měli být rodiče i děti v rámci anesteziologické vizity primárně informováni lékařem-anesteziologem, který je informuje o všech skutečnostech souvisejících s výkonem a až po té je seznámí s vlastním písemným informovaným souhlasem. V některých zdravotnických zařízeních je pro tyto účely určena speciální „anesteziologická“ ambulance.

Právo na informace vychází ze základního etického kodexu „Práva pacientů“, který formulovala a schválila Centrální etická komise Ministerstva zdravotnictví ČR. Ačkoliv nejsou rodiče hospitalizovaných dětí přímým účastníkem zdravotní péče, tzn. pacientem, jsou však zákonnými zástupci svých dětí, a tudíž toto „právo“ přechází na ně. „Pacient má právo získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého dalšího nového diagnostického či terapeutického postupu zasvěceně rozhodnout, zda s ním souhlasí. Vyjma případů akutního ohrožení má být náležitě informován o případných rizicích, která jsou s uvedeným postupem spojena. Pokud existuje i více alternativních postupů nebo pokud pacient vyžaduje informace o léčebných alternativách, má na seznámení s nimi právo. Má rovněž právo znát jména osob, které se na nich účastní.“²

Při rozhodování o volbě tématu mé diplomové práce jsem byl ovlivněn svou odbornou stáží na pracovištích dětské anesteziologie, kde jsem se setkával s dětmi, v jejichž tvářích bylo možné vyčíst nemalé obavy z neznámého prostředí, lidí a situací. Zajímalo mě, do jaké míry jsou tito malí pacienti informováni o povaze takového zákroku a jak probíhá jejich předoperační příprava v souvislosti s anestezií. Hovoříme-li o právech pacientů, jaká práva mají dětské pacienti? Mají vůbec právo na dostupnost informací? Nebo toto právo zcela přechází na jejich zákonné zástupce? Právě o této problematice pojednává z části teoretická část práce, která kromě jiného předkládá přehled právních aspektů, z nichž vychází současná klinická praxe. Ostatní kapitoly teoretické části práce uvádí čtenáře do problematiky dětské anesteziologie - její počátky u nás i ve světě a dále se specifiky dětské anestezie. Mimo to práce předkládá také přehled psychosociálních aspektů řešené problematiky, spolu se základy profesionální

² Agendový portál MZČR: *Práva pacientů* [on-line]. [cit. 2013-03-01] Dostupné z http://ap.mzcr.cz/fakultni-nemocnice-brno/prava-pacientu_53_278n.html

komunikace s dětským pacientem a jeho rodiči, opírající se o znalosti obecné a vývojové psychologie.

Součástí práce jsou výsledky kvantitativního výzkumu, realizovaného prostřednictvím dotazníkového šetření, čítající 215 oslovených respondentů. Cílem výzkumu bylo zmapovat současný systém informovanosti dětí a rodičů před anestezií ve dvou největších fakultních nemocnicích v ČR - FN Motol v Praze a FN Brno. Cílem bylo především zjistit, zda a do jaké míry jsou oba tyto subjekty o anestezii informovány, jejich vlastní názory na zlepšení současné klinické praxe, a dále pak analýza nejčastějších důvodů jejich obav souvisejících s anesteziologickým zákrokem. Samotné výsledky a závěry tohoto výzkumu bych rád prezentoval na odborných konferencích, případně je předal dále odborným pediatrickým společnostem s cílem zlepšit současnou klinickou praxi a zkvalitnit předoperační přípravu dětí i rodičů.

Z vlastního přesvědčení považuji profesionální a empatickou komunikaci mezi zdravotníkem a pacientem za prospěšnou pro obě zúčastněné strany. Díky kvalitní informovanosti bychom mohli předcházet případným negativním aspektům každé hospitalizace. V opačném případě pocítují rodiče i děti zbytečné obavy a z důvodu nejistoty se dostávají do stresových situací. Každý z nás reaguje na stresové podněty a situace jiným způsobem. Tato naše obranná reakce se však může negativně promítat do průběhu hospitalizace a může mít za následek četné zdravotní komplikace. Proto by mělo být jednou ze základních terapeutických intervencí, snaha minimalizovat pacientův stres, vycházející z obav z neznámého prostředí, lidí, situací,... „To, co můžeme pro pacienta udělat, je poskytnout mu dostatečné množství konkrétních informací ve snadno pochopitelné formě a zpětně zjistit, jak dalece jim porozuměl.“³

³ HRUŠKOVÁ, Veronika: *Anestezie z pohledu pacienta*. Diplomová práce. Praha: 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze, 2009. s. 10

1. Teoretická východiska řešení problematiky

Na téma „*Informovanost pacientů před anestezií*“ bylo sepsáno již nespočet závěrečných prací i odborných článků. Všechny se však zabývají dospělou populací a dětská anesteziologie v tomto ohledu ustoupila do pozadí.

Cílem této práce je především zmapovat systém informovanosti rodičů a dětí před anestezií jako takový, nikoliv hloubku jejich znalostí o jednotlivých anesteziologických procedurách. Z tohoto důvodu se nebudu v této části práce zabývat anestezií jako takovou, ale spíše se zaměřím na stručný úvod do dětské anesteziologie, její počátky v ČR i ve světě a v neposlední řadě na její specifika oproti dospělé anesteziologii. Svou pozornost v teoretické části práce zaměřím především na právní východiska řešení problematiky, psychosociální základy informovanosti dětí a rodičů, zahrnující obecný psychosociální úvod řešení problematiky a přehled základních principů správné komunikace s dětským pacientem, opírající se o aspekty vývojové psychologie.

1.1 Úvod do dětské anesteziologie

„Dětská medicína je rychle se rozvíjejícím oborem vyžadujícím aplikaci nejmodernějších vyšetřovacích a léčebných postupů, integraci a centralizaci péče a v případě chirurgických postupů též zvýšenou radikalitu výkonů. Tento vývoj významně ovlivňuje i dětskou anesteziologii.“⁴

Díky neustálému vývoji anesteziologických technik a nových léků, zaznamenala anestezie obrovský vývoj. Dnes prakticky neexistují pro aplikaci anestezie omezení ve smyslu komplikujících chorob ani ve smyslu věkových kategorií. V dnešní době jsou lékaři schopni přizpůsobit anestézii každému pacientovi podle jeho potřeb, vycházejících z vlastní diagnózy pacienta, jeho věku a případných zdravotních komplikací. Dnešní anestezie tak umožňuje provést bezpečně operačním obdobím stoletého člověka i těžce nezralé - nedonošené dítě, vážící mnohdy i méně jak 1 kg. S tím však souvisí určitá specifika, která se odvíjejí od věku pacienta a jeho zralosti. Nejen mezi dospělými a dětmi jsou značné anatomické, fyziologické a psychologické rozdíly. Ani o dětech nelze hovořit jako o jednotné věkové skupině.

⁴ MIXA, Vladimír: Současný pohled na anestezii dětí, *Pediatric pro praxi*, 13 (2012), č. 2, s. 103.

„Dětská anestezie v naší zemi prodělává v posledních deseti letech význačné změny, na nichž se zásadním způsobem podílí dva faktory. Prvním z nich je neustálý rozvoj anesteziologických technik, který vychází ze stále širší nabídky moderních přístrojů a nových farmak a ze snadnější dostupnosti odborných informací. Druhým faktorem, který ovlivňuje současnou podobu dětské anestezie, je populační vývoj.“⁵ Ten souvisí především s nízkou porodností v ČR, která má stále více sestupný charakter. Počet anestezií u dětí a mladistvých (0-19 let) tak za poslední roky mírně poklesl. Nejnovější statistická data za rok 2011 hovoří o 98.673⁶ anesteziích oproti roku 2010, kdy bylo provedeno 99.752⁷ anestezií. Ačkoliv celkový počet dětských anestezií v posledních letech klesá, přibývá naopak operačních výkonů u neonatologických pacientů.⁸ Vzhledem k těmto faktorům a stále vyšší finanční náročnosti dětské operativy, dochází k soustředění této vysoce specializované péče do několika vybraných zdravotnických center, mezi něž patří také FN Motol v Praze a Dětská nemocnice FN Brno. Právě tato dvě zdravotnická zařízení vykazují každoročně nejvyšší počty anesteziologických zákroků u dětí a mladistvých (FN Motol - 11.071⁹ a FN Brno - cca 9.000¹⁰ anestezií).

1.1.1 Historie dětské anesteziologie jako medicínského oboru

Anesteziologie a resuscitace je poměrně mladým medicínským oborem, k jehož progresivnímu vývoji došlo v druhé polovině 20. století. Do té doby plnili úlohu anesteziologů sami chirurgové, případně speciálně vyškolené zdravotní sestry.¹¹ S rozvojem operačních technik se stále více zvyšovaly nároky na kvalitu a bezpečnost anesteziologických postupů. Především u dětí docházelo k častým komplikacím, souvisejícím se specifickými nároky dětského organismu. V období 1840 – 1940 byla anestezie u dětí velmi riskantní a podávala se jen v nejzávažnějších případech.¹² Na základě těchto poznatků a specifických potřeb dětí, vzešel nový obor klinické medicíny - dětská anesteziologie.

⁵ Sekce dětské anestezie a intenzivní medicíny: *Zpráva o stavu dětské anestezie* [on-line]. [cit. 2013-03-05] Dostupné z <http://www.sdaim.cz/Text/metodicke-pokyny>

⁶ Statistická data získaná na dotaz od MUDr. Vladimíra Mixy - předsedy SDAIM ČSARIM 02/2013

⁷ MIXA, Vladimír: Současný pohled na anestezii dětí, *Pediatric pro praxi*, roč. 13 (2012), č. 2, s. 103.

⁸ MIXA, Vladimír: Současný pohled na anestezii dětí, *Pediatric pro praxi*, roč. 13 (2012), č. 2, s. 103.

⁹ Statistická data získaná na dotaz od MUDr. Vladimíra Mixy - předsedy SDAIM ČSARIM 02/2013

¹⁰ Statistická data získaná na dotaz od MUDr. Michala Klimoviče - primáře KDAR FN Brno 02/2013

¹¹ MÁLEK, J.; DVOŘÁK, A: *Základy anesteziologie*, 2009

¹² MAI, L. Christine; YASTER, M.: *Pediatric Anesthesia, A Historical Perspective*, 2011

Historický vývoj tohoto oboru v ČR je neodmyslitelně spjatý právě s jednou z výše zmíněných nemocnic, a to FN Motol. Ta vznikla sloučením Dětské fakultní nemocnice na Karlově a Městské nemocnice Motol. Již v té době slavila dětská medicína značné úspěchy: ...“neobyčejný pokrok zaznamenala dětská chirurgie a ortopedie, rapidně se snížil výskyt nosokomiálních nákaz, výrazně klesla kojenecká i dětská úmrtnost a prakticky byly vymýceny některé dětské choroby.“¹³

Cílem sloučení a výstavby FN Motol byla myšlenka poskytovat vysoce kvalifikovanou léčebnou péči člověku od jeho narození, po celý život až do stáří. Jednalo se o výstavbu nemocničního komplexu, zahrnujícího jak pracoviště pro dospělé, tak i pro děti. Nemocnice byla uvedena do provozu dne 1. ledna 1971, avšak v době jejího otevření ještě nebyla výstavba kompletně dokončena. Jednalo se především o chirurgické kliniky a operační sály, které zůstaly prozatím v částečně zachované DFN na vinohradském Karlově. Mezi první dětské kliniky FN Motol patřily I. a II. Pediatriká klinika a Stomatologická klinika. Později se začaly postupně stěhovat i další kliniky a oddělení z Karlova, jak jen to stavba umožňovala. Celkově FN Motol disponovala 2.750 lůžky pro dospělé a 923 lůžky pro děti, čímž se řadila mezi největší zdravotnická centra v tehdejší Evropě. Nutno dodat, že toto postavení si udržela dodnes.

Vývoj samostatné dětské anesteziologie úzce souvisí právě s provozem jedné z prvních motolských klinik - již zmiňovanou Stomatologickou klinikou. „Pro stomatologii se původně počítalo jen s ambulantním provozem na poliklinice (byla otevřena až v roce 1978). Znamenalo to rychle vkomponovat do hrubé stavby dva operační sály a přehodnotit dosavadní obsah oboru. Prof. Komínek prozřetelně umožnil profilaci jednoho lékaře v anesteziologii tím, že umožnil jeho dlouhodobou stáž na dětském ARO.“¹⁴ Tím byl sám pozdější zakladatel oboru - Dr. Drapka, který si dobře uvědomoval specifické potřeby dětí a odmítal aplikovat do té doby zažitě metody běžné při anestezii dospělých. Vypracoval speciální postupy užívané dodnes v dětské anesteziologii, včetně precizně rozpracovaného dávkování léků podle hmotnosti dětského pacienta. Jedním z největších Drapkových přínosů pro klinickou praxi bylo zavedení premedikace dětí pomocí neuroleptik a opiátů. „Děti usínaly ještě na lůžku, nebyly stresované, na operačním sále mnohdy ani nevnímaly venepunkci, ale přitom

¹³ Oficiální webové stránky FN Motol: *Současnost a historie* [on-line]. [cit. 2013-02-27] Dostupné z <http://www.fnmotol.cz/o-nas/historie-a-soucasnost/detska-fakultni-nemocnice/>

¹⁴ KLÍMA, Karel: Historie dětské anesteziologie v Praze – anesteziologické postupy v dětské stomatologii, *Anesteziologie & intenzivní medicína*, roč. 21 (2010), č. 1, s. 51.

reagovaly na oslovení a měly všechny obranné reflexy.“¹⁵ Dalšími jeho průkopnickými metodami, kterými přispěl k rozvoji dětské anesteziologie, byla modifikace ventilačního režimu tzv. Watersova systému, který umožňoval řízenou ventilaci v průběhu anestezie u nejmenších dětských pacientů. „Byl si vědom toho, že pro nejnižší věkovou kategorii je nejšetrnější otevřený způsob, tedy Ayreovo T. V době, kdy se nedalo počítat s odsáváním plynů nebo účinnou vzduchotechnikou na operačních sálech, byla tato metoda spojená s dlouhodobou expozicí personálu anestetickými plyny. Výsledkem jeho pokusů a výzkumů byl pak jednocestný polozavřený způsob. Modifikoval Watersův systém s pohlcovačem CO₂ s tím, že z něho vyvedl přebytečné plyny hadičkou pod vodní hladinu. Vložil tak do výdechu ventil a jeho odpor mohl nastavovat výši vodního sloupce. Zjistil blahodárné působení režimu CPAP na ventilační poměry u malých dětí. Toto lze pokládat za jeden z jeho hlavních příspěvků k rozvoji dětské anesteziologie“¹⁶

Součástí jeho metodiky byl také specifický postup před samotným úvodem do anestezie a následnou intubací, využívající již tehdy užívaná farmaka jako thiopental a sukcinylcholinjodid. Nejprve byla podána dítěti poloviční dávka intravenózního anestetika - thiopentalu, poté sukcinylcholinjodid a následně zbylá část anestetika. Díky tomu došlo ke ztlumení fascikulací a nižšímu výskytu pooperačních svalových bolestí.

„Obrovskou zásluhou Drapky bylo, že se mu podařilo vytvořit jednotnou školu komplexní anesteziologické péče o dětského pacienta. Její součástí bylo zajištění vnitřního prostředí, hydratace, udržování tělesné teploty apod.“¹⁷ „Význam Drapkových postupů spočívá v tom, že ve své době znamenaly ucelenou školu, která byla svého druhu jedinečná. Její vznik umožnilo unikátní soustředění dětských pacientů v Dětské fakultní nemocnici spojené s významným výukovým centrem, které představovala Fakulta dětského lékařství UK. ...“¹⁸

Je zajímavé, že ačkoliv tehdejší politický režim neumožňoval účast českých lékařů na zahraničních odborných konferencích, v porovnání se zahraničními zeměmi vznikl tento obor takřka souběžně. Například v USA došlo k významnějšímu vývoji dětské anesteziologie v 60. a 70. letech minulého století.¹⁹ Za „zlatou éru“ jsou považována léta 80. a 90., kdy došlo k zásadní transformaci systému zdravotní péče,

¹⁵ KLÍMA, Karek: Op.cit., s. 51.

¹⁶ KLÍMA, Karek: Op.cit., s. 52.

¹⁷ KLÍMA, Karek: Op.cit., s. 52.

¹⁸ KLÍMA, Karek: Op.cit., s. 56.

¹⁹ SMITH, R.: The Pediatric Anesthetist, 1950-1975. *Anesthesiology*. 1975; Vol 43(2); p. 144-146.

která definitivně etablovala dětskou anestezii jako samostatný medicínský obor. Vznikaly specifické vzdělávací programy, učebnice, odborné časopisy a zakládána byla také řada zájmových organizací.²⁰

1.1.2 Specifika dětské anesteziologie

Hovoříme-li o dětské anesteziologii, pak mluvíme o vysoce specializované péči, vyžadující po lékařích i sestrách vysokou erudovanost a znalost specifík dětského věku. V rámci tématu této práce se tak zaměříme především na odlišný přístup v anestezii dětí oproti dospělé anesteziologii.

Jak již bylo řečeno výše, každoročně se provede v ČR přibližně 100.000 anesteziologických zákroků u dětí všech věkových skupin. „Důvody, pro které je dítě indikováno k výkonu v celkové anestezii, jsou velmi rozmanité. Do značné míry se liší podle věku pacienta a lze je též rozdělit na indikace chirurgické (operační) a nechirurgické (diagnostické). Dětské pacienti, zejména nižšího věku, nejsou totiž schopni absolvovat diagnostické výkony, které jsou dospělým prováděny běžně bez podání anestezie, případně jen v analgosedaci. Jedná se především o CT a vyšetření magnetickou rezonancí, gastrokopie, rektoskopie, různé druhy ozáření a řadu dalších podobných procedur. Vždy zde je nutno podat celkovou anestezii a zbavit tak dítě strachu a nepříjemných pocitů a zabezpečit kvalitní výsledek vyšetření.“²¹

Předoperační premedikace pacienta je nedílnou součástí každé anestezie. O to více, jedná-li se o pacienta dětského. Cílem premedikace dětí je především tzv. sedace, což je technika cíleného ovlivnění vědomí pacienta pomocí léků. Dítě je tak klidnější, spavé a minimalizují se tak jeho stresové reakce. V některých případech se podává v premedikaci také atropin, a to především pro jeho vagolytický a antialivní účinek, umožňující bezpečnější zajištění dýchacích cest pacienta.²²

Značně odlišný přístup lze pozorovat v otázce předoperačního lačnění. Oproti dospělé anesteziologii jsou v případě dětí určité odlišnosti, které vycházejí z jejich fyziologických potřeb. Především u novorozenců je tolerována kojenecká strava nejpozději 4 hodiny před operací. U větších dětí je pak tolerováno podání menšího množství čiré tekutiny (neperlivé vody, případně čaje) nejpozději 2 hodiny před samotným výkonem. Obecně však platí, čím delší lačnění, tím bezpečnější průběh

²⁰ MAI, L. Christine; YASTER, Myron.: *Pediatric Anesthesia, A Historical Perspective*, 2011

²¹ MIXA, Vladimír: Op.cit., s. 104.

²² FEDORA, Michal: *Dětská anesteziologie*. 2012

anestezie a nižší riziko aspirace. I u dospělých pacientů se postupně ustupuje od zbytečně dlouhého čekání na výkon a s tím souvisejícím lačněním.

Před příjezdem dítěte na operační sál je zapotřebí vyhřátí lůžka k udržení normotermie, především u pacientů nejnižších věkových skupin, kteří jsou z pohledu tělesné teploty nejnáchylnější k vlastním ztrátám tepla. I u větších dětí je však lůžko vyhříváno a to z důvodu komfortu a lepší adaptace pacienta.

U malých dětí se preferuje inhalační úvod do anestezie, při kterém se používají moderní plynná anestetika, která ve vyšších koncentracích navodí spánek dítěte do několika desítek vteřin. Klinické výzkumy ukázaly, že se jedná o nejspolehlivější a nejbezpečnější způsob anestezie dětí.²³ Pouze v případě oběhové nestability je nutný intravenózní úvod ketaminem, který působí jako tzv. disociativní anestetikum.

Dnes však existuje i řada dalších, pro děti bezpečných, intravenózních anestetik, pro jejichž aplikace je však nutné zajištění vstupu do krevního řečiště. Ten však tolerují spíše starší děti. Právě tzv. kanylace periferní žíly, dětmi často nazývaná jako „injekce“, představuje pro některé dětské pacienty traumatizující bolestivou zkušenost. Z toho důvodu se volí primárně již zmiňovaný inhalační úvod, který je pro dítě šetrný, bezpečný a hlavně bezbolestný. Dětem se tato procedura popisuje jako tzv. foukání do balonku, který představuje ve skutečnosti obličejovou masku a ventilační okruh zakončený rezervoárem („balónem“). Ten dítě svírá v rukou a má tak zpětnou vazbu o jeho vlastním ventilačním úsilí. Ve stejnou dobu je dítěti do masky podáváno vlastní inhalační anestetikum, jehož rychlost nástupu účinku a distribuce farmaka závisí právě na ventilačním úsilí dítěte. Po vymizení senzo-motorických reakcí již nic nebrání zajištění žilního vstupu, který je nezbytným předpokladem bezpečné anestezie, zahrnující další farmakoterapii. „Nejčastěji podávanými léky v anestezii dětí jsou inhalační anestetikum sevofluran, nedepolarizující svalová relaxancia cisatracurium a rocuronium, opiáty sufentanil a morfin a lokální anestetikum levobupivacain...“²⁴

Blíže o specifikách dětské anestezie pojednává článek MUDr. Vladimíra Mixy, který patří k předním dětským anesteziologům v ČR.²⁵

²³ LEMAN J, et al: *The pharmacology of sevofluran in infants and children*, 1994

²⁴ MIXA, Vladimír: Op.cit., s. 103.

²⁵ MIXA, Vladimír: *Současný pohled na anestezii dětí*, 2012.

1.2 Právní aspekty řešené problematiky

Informovanost pacientů vychází ze zákonné povinnosti zdravotnických pracovníků, informovat pacienty o účelu, povaze, důsledcích, jakož i alternativách a rizicích souvisejících s poskytováním zdravotní péče. Alespoň tak stojí v novém zákoně o zdravotních službách, který má za cíl chránit autonomii pacienta a umožňuje projev jeho vlastní vůle a svobody v procesech pacientova vlastního rozhodování.

V následující kapitole předkládám historický vývoj legislativy ČR v souvislosti s informovaností pacientů, dále současná právní opatření a krátkou diskuzi nad touto problematikou. Kromě toho se podíváme také na oblast práv pacientů, a to nejen dospělých, ale především těch dětských. Závěr kapitoly obsahuje případovou studii, zabývající se problematikou naplňování práv dětí v nemocnici.

Vzhledem k tomu, že se jedná o odbornou právní problematiku, ze které však vychází současná klinická praxe, dovoluji si z větší části této kapitoly citovat autora Šustka, který se touto oblastí práva zabývá již řadu let a vydal několik odborných publikací.²⁶ I přes to je však těžké popsat tuto právní problematiku, jelikož od doby vydání všech knih souvisejících s tématem informovaného souhlasu došlo již dvakrát k zásadním změnám zdravotní legislativy. Proto předkládám výkladová stanoviska zmiňovaného autora, která jsou v obecném kontextu platná dodnes.

1.2.1 Informovaný souhlas - obecně

„Vývoj informovaného souhlasu v České republice započal v podstatě v roce 1966. Tehdy byl do našeho právního řádu uveden zákon o péči o zdraví lidu, který v § 23 odstavec 1 obsahoval obecné pravidlo poučení a souhlasu pacienta. Stanovil, že: ‚...lékař je povinen poučit vhodným způsobem nemocného, popřípadě členy jeho rodiny o povaze onemocnění a o potřebných výkonech tak, aby se mohli stát aktivními spolupracovníky při poskytování léčebně preventivní péče.‘ K tomu zákon v § 23 odstavci 2 doplňoval, že ‚...vyšetřovací a léčebné výkony se provádějí se souhlasem nemocného, nebo lze-li tento souhlas předpokládat.‘“²⁷

²⁶ především ŠUSTEK, Petr.; Holčapek, Tomáš: *Informovaný souhlas*, 2007

²⁷ Práva pacientů. ŠUSTEK, Petr: *Vademecum pacienta - Informovaný souhlas*, s. 12. [online]. [cit. 2013-03-18]. Dostupné z: http://pravapacientu.poradna-prava.cz/folder05/Vademecum_pacienta.pdf

„Lékaři tak sice byla uložena povinnost nemocného informovat, současně mu však byl dán značný prostor k úvaze, do jaké míry a jakým způsobem pacienta o nemoci a zamýšleném výkonu poučit. Požadovalo se šetrné poučení, přičemž konečným soudcem vhodnosti či šetrnosti poučení byl zpravidla sám lékař, který je poskytoval. Souhlas byl vnímán jako přivolení k léčebnému výkonu s výrazně odlišnou povahou oproti konsensu ve smluvních vztazích občansko-právních.“²⁸

Dnes je tento přístup již dávno překonán, avšak na svou dobu komunistického režimu představoval poměrně pokrokové stanovisko. „Za problematickou je však nutné označit skutečnost, nakolik v době vlády komunistické strany byla slova zákona skutečně uváděna v život, a nakolik se jimi řídila i zdravotnická praxe. Proto nepřekvapí, že fakticky to byl stát, kdo věděl, co je pro občany nejlepší, a rozhodoval za ně svými zaměstnanci – lékaři.“²⁹ Trvalo mnoho let, než se od tohoto přístupu upustilo a teprve po roce 1989, kdy došlo ke změně společenských poměrů, vysvitla naděje na naplňování autonomie pacientů a přijetí moderních právních předpisů.

K zásadnímu zvratu zdravotní legislativy ČR v souvislosti s informovaným souhlasem, došlo na podzim roku 2001. Tehdy Česká republika ratifikovala mezinárodní smlouvu připravenou v rámci Rady Evropy. Jednalo se o tzv. „Úmluvu Rady Evropy na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny“, zkráceně označované jako „Úmluva o biomedicíně“. V článku 5 této Úmluvy nalezneme obecné pravidlo souhlasu, které zní: „Jakýkoli zákrok v oblasti péče o zdraví je možno provést pouze za podmínky, že k němu dotčená osoba poskytla svobodný a informovaný souhlas. Tato osoba musí být předem řádně informována o účelu a povaze zákroku, jakož i o jeho důsledcích a rizicích. Dotčená osoba může kdykoli svobodně svůj souhlas odvolat.“³⁰

Tento pro lékaře i pacienty zcela zásadní dokument obsahuje celou řadu právních norem, vztahujících se zejména k zásadám ochrany autonomie pacienta. Jeho cílem je zachování a uplatnění základních lidských práv a svobod v souvislosti s biomedicínskými postupy. Úmluva tak potvrzuje zásadu, že každý má právo se svobodně rozhodnout, zda určitý zdravotní zákrok podstoupí či nikoli.

„Takovéto rozhodování (první složka informovaného souhlasu) ale na rozdíl od původní zákonné koncepce musí být nikoli vhodně, ale řádně informované (druhá

²⁸ ŠUSTEK, Petr: Op. cit., s. 12-13

²⁹ ŠUSTEK, Petr: Op. cit., s. 13.

³⁰ *Úmluva o lidských právech a biomedicíně*: Kapitola II., článek V.

složka informovaného souhlasu). Poučení tak opustilo kritérium vhodnosti, které určoval lékař, a které v praxi reálně neexistovalo, neboť jen lékař určoval co je a co není vhodné pacientovi říci. Společně s Úmluvou přišel princip řádného (úplného) poučení, kdy má pacient právo znát všechny rozhodné skutečnosti na to, aby se svobodně rozhodnul.³¹

„Protože obsah zákona o péči o zdraví lidu neodpovídal koncepci Úmluvy, došlo ke změně a v roce 2006 byl novelizován § 23 odst. 1 příslušného zákona, který dnes zní: Zdravotnický pracovník způsobilý k výkonu příslušného zdravotnického povolání informuje pacienta, popřípadě další osoby... o účelu a povaze poskytované zdravotní péče a každého vyšetřovacího nebo léčebného výkonu, jakož i o jeho důsledcích, alternativách a rizicích...“³²

K zásadní změně došlo 1. 4. 2012, kdy vstoupil v účinnost nový zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (dále jen „zákon o zdravotních službách“), který nahradil již několikrát zmiňovaný Zákon o péči o zdraví lidu a stal se tak základním zákonem pro oblast zdravotnictví. Z pohledu našeho tématu zmíním hlavní úpravy tohoto zákona v souvislosti s informovaností a právy pacientů.

V tomto zákoně nalezneme výslovně a poměrně široce definovaná práva pacientů. Řada z nich byla dosud uvedena „pouze“ v etických kodexech a nyní se tak dostávají do vlastního textu zákona, čímž se tato práva stávají ze strany pacientů vymahatelnými. Za jejich porušení jsou navíc tímto zákonem stanoveny finanční sankce. Přesné znění práv uvádím v samostatné podkapitole - Práva pacientů.

V souvislosti s informovaností, respektive informovaným souhlasem pojednává zákon ve svých paragrafech 31-35. Přesné znění těchto paragrafů uvádím v příloze č. 5. Podíváme-li se však podrobněji na jednotlivé paragrafy zákona, pojednávající o informovanosti pacientů, zjistíme, že zákon sice definuje povinnosti zdravotnických pracovníků a poskytovatelů zdravotních služeb, ale činí tak převážně v obecné rovině.

Dodnes tak není jasně definované, co všechno by měl informovaný souhlas obsahovat, ani jakou formu by měl správně mít. „Co se týče formy informovaného souhlasu, zákonná úprava - až na výjimky - nevyžaduje písemnou formu (a to dokonce,

³¹ ŠUSTEK, Petr: Op. cit., s. 16.

³² ŠUSTEK, Petr: Op. cit., s. 17.

i když se jedná o závažné invazivní výkony).“³³ „Pouze u některých, zákonem vymezených, výkonů je požadována písemná forma souhlasu.“³⁴

Samotný souhlas je tedy možné udělit jednak písemně, ústně, ale také tzv. konkludentně, což znamená jiným, než oběma zmíněnými způsoby, například kývnutím hlavy, potřesením rukou, ale také nevyjádřením protestu, kdy se pacient podrobí příslušnému výkonu bez sebemenších námitek (např. sám nastaví ruku k injekci).

V některých případech postačí i předpoklad souhlasu, a to v situacích, kdy není možné získat vědomý souhlas pacienta s ohledem na vážnost jeho zdravotního stavu, případně souhlas rodičů nezletilých pacientů v případě neodkladné péče.

1.2.2 Náležitosti informovaného souhlasu

Princip informovaného souhlasu tkví především v samotném rozhovoru mezi oběma zúčastněnými stranami - lékařem a pacientem. Zákon kromě povinnosti vlastního sdělení ukládá zdravotnickým pracovníkům také povinnost nabídnout pacientovi dostatečný prostor pro doplňující otázky, na základě nichž má možnost si vše pečlivě promyslet.

Informovaný souhlas - ústní i písemný - by se měl ze zákona skládat ze dvou hlavních částí: „Jednak z poučení lékaře o zákroku, který informuje pacienta o rozhodných skutečnostech navrhovaného výkonu. Ale také ze samotného aktu souhlasu pacienta jako právního úkonu, tedy z pacientova projevu vůle.“³⁵

Poučení o účelu zákroku by mělo pacienta informovat především o vlastním onemocnění a s ním souvisejících důvodech k danému typu zákroku. Především, čeho má být vlastním zákrokem docíleno.

Poučení o povaze pojednává o bližších detailech průběhu zákroku a všech souvisejících skutečnostech. Především pojednává o anatomických strukturách, kterých se zákrok týká, o způsobu, jakým se tak stane a především o vlastním typu anesteziologického zákroku - zda bude operace provedena v celkové anestezii, regionální anestezii či jen v místním znecitlivění. „Povaha zákroku určuje druh zamýšleného zákroku a dotýká se postupu, jakého bude použito. Zahrnuje hlavní úkony, které lékař nebo jiný zdravotnický pracovník v jeho průběhu vykoná, i přístroje a jiné

³³ TĚŠINOVÁ, Jolana, Roman ŽDÁREK a Radek POLICAR. *Medicínské právo*. 2011, s. 45

³⁴ Mladá fronta Zdravotnické noviny: Zdraví E15 - Pacientské listy. TUZA, T. *Informovaný souhlas pacienta* [online]. 2011 [cit. 2013-01-08]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/zvladani-strachu-pacienta-pred-operaci-463445>

³⁵ ŠUSTEK, Petr: Op. cit., s. 16.

prostředky, jichž přitom užije. Tím se míní též léky včetně jejich účinků. Povaha zákroku tak popisuje jeho podstatu, a jde proto o jeden ze základních prvků poučovací povinnosti. Poučení o povaze zákroku odpovídá na otázku jak, jakým způsobem a jakou metodou bude daný úkon proveden.³⁶

Poučením o důsledcích zákroku rozumíme „...pravděpodobný, předpokládaný následek určitého zákroku. Neběží tu nutně o následky jisté, nýbrž spíše o pravidelně se vyskytující, časté průvodní jevy podstupovaného zákroku, odhadované na základě zkušeností s průměrným průběhem a úspěchem příslušného lékařského výkonu.“³⁷ Hlavním cílem je informovat pacienta o pravděpodobné době hospitalizace, možných omezeních ve vztahu k běžným činnostem, případně o nutné změně dietního režimu. „Může však jít také o pozitivní jevy, které mohou po zákroku nastat, neboť zdravotní výkon směřuje k obecnému cíli, tj. ke zlepšení zdravotního stavu a důsledky tak mohou být pro pacienta příznivé. I tyto informace by měl pacient znát. Pro jeho rozhodování totiž mohou hrát velmi významnou roli.“³⁸

Nejzávažnější a současně nejobtížnější složkou poučení bývá objasnění rizik a komplikací souvisejících s daným zákrokem. To potvrzuje také Těšínová, která říká: „Nejvíce otázek však vzbuzuje, nakolik podrobně má být pacient informován o možných rizicích (komplikacích). V praxi totiž právě insuficience v poučení o rizicích bude nejčastěji namítána (pacient bude tvrdit, že kdyby býval věděl, že může určitá komplikace nastat, potom by souhlas se zákrokem nedal).“³⁹ V podstatě jde o „souhrn různých možností nepříznivého vývoje zdravotního stavu, které se s menší či větší četností objevují ve spojitosti se zvoleným postupem. Velice se liší v závažnosti, od lehce snesitelných, jako jsou například přechodné drobné změny v místě zákroku, zarudnutí, lehký otok apod., až po kritické – trvalé vážné poškození zdraví či smrt. Především invazivní (chirurgické) výkony s sebou riziko úmrtí, byť zanedbatelné, přinášejí téměř vždy.“⁴⁰

„Už z podstaty věci plyne, že jde o informace, které mají pro rozhodování člověka vzhledem k navrhovanému výkonu zcela zásadní význam a na jejich zodpovězení si přirozeně činí nárok každý pacient...“⁴¹ Je však těžké najít hranici, jak dalece pacienta o této skutečnosti informovat. Každý zákrok má svá rizika s určitou

³⁶ ŠUSTEK, Petr: Op. cit., s. 19.

³⁷ ŠUSTEK, Petr: Op. cit., s. 20.

³⁸ ŠUSTEK, Petr: Op. cit., s. 20.

³⁹ TĚŠINOVÁ, Jolana, Roman ŽDÁREK a Radek POLICAR. Op. cit., s. 44

⁴⁰ ŠUSTEK, Petr: Op. cit., s. 21.

⁴¹ ŠUSTEK, Petr: Op. cit., s. 21.

pravděpodobností výskytu. Nikdy však nevíme dopředu, jak daný pacient na anestezii zareaguje, a k jakým komplikacím může v průběhu operace dojít. „Oproti jiným zemím, kde hranici stanovily soudy, u nás přesně formulované vodítko zatím neexistuje.“⁴² Informujeme tak pacienta o nejčastěji se vyskytujících komplikacích, případně o těch, které v průběhu zákroku lze vzhledem k aktuálnímu zdravotnímu stavu pacienta očekávat.

Poučení o alternativách informovaného souhlasu s anestezií zahrnuje jednotlivé typy anesteziologických technik - od celkové anestezie, regionální anestezie případně o místním znecitlivění pomocí nervových blokad. Pacient, respektive rodič, má tak možnost výběru, který typ znecitlivění je pro něj nejpříjemnější. V některých případech se tato možnost výběru nenabízí, především při akutních výkonech, kde není vzhledem k naléhavosti situace k informovanosti dostatek času, a také v případech, kdy volbu typu anestezie neumožňuje zdravotní stav pacienta. Pak je lékařem navržen nejbezpečnější způsob provedení a současně by tak měl lékař vysvětlit důvody pro toto rozhodnutí. „Lékař by informaci o alternativě léčby měl poskytnout i tehdy, pokud se daný zákrok v jeho nemocnici neprovádí, ale je možné jej podstoupit například v jiném městě na specializovaném pracovišti v rámci České republiky.“⁴³

„V rámci poučovacího rozhovoru mezi lékařem a pacientem se může objevit celá řada dalších údajů, které jdou nad rámec uvedených součástí poučení. V zahraničí bývá zvykem například poučení o začínajícím lékaři, který má zákrok provést. Vychází se z představy, že v porovnání se svými zkušenějšími kolegy zvyšuje začínající lékař rizikovost prováděného zdravotního výkonu, a proto by o tom měl pacient vědět. V českých podmínkách se obdobné situace řeší dohledem zkušenějšího lékaře...V rámci dalších složek poučení lze pacientům jen doporučit, aby využili svých práv a pokládali doplňující otázky k poučení tak, aby si udělali o navrženém lékařském postupu komplexní obraz a až na základě něj se pak svobodně rozhodovali. Lékař je rovnocenným partnerem a pacientovi je povinen vysvětlit všechny náležitosti.“⁴⁴ Blíže u nás definuje náležitosti informovaného souhlasu Vyhláška č. 98/2012 Sb. o zdravotnické dokumentaci, vycházející ze zákona o zdravotních službách.

⁴² ŠUSTEK, Petr: Op. cit., s. 21.

⁴³ ŠUSTEK, Petr: Op. cit., s. 23.

⁴⁴ ŠUSTEK, Petr: Op. cit., s. 23.

V otázce způsobilosti k udělení, případně odmítnutí souhlasu pojednává zákon následovně. „Má-li být souhlas (odmítnutí souhlasu) pacienta se zákrokem platný, musí být pacient především:

- a) způsobilý učinit takové rozhodnutí (právní úkon),
- b) jednat svobodně (nikoli být v časové tísní či nucen např. příbuznými, lékařem),
- c) dostat všechny potřebné informace, které potřebuje pro rozhodnutí (zejména o účelu a povaze zákroku, jeho alternativách, o jejich důsledcích a rizicích včetně možnosti odmítnutí) a,
- d) musí se jednat o souhlas (odmítnutí) konkrétního zákroku.⁴⁵

Z výše uvedeného vyplývá, že vzhledem k nezletilosti dětí a mladistvých, tudíž i nezpůsobilosti k právním úkonům, nemohou dětští pacienti mladší 18 let udělovat samostatně informovaný souhlas, alespoň tedy ne v plném rozsahu. „Občanský zákoník v § 8 stanoví, že způsobilost k právním úkonům se v plném rozsahu nabývá zletilostí, tedy dosažením osmnácti let nebo uzavřením manželství před osmnáctým rokem. Předtím však podle § 9 občanského zákoníku nabývají nezletilé děti způsobilosti k právním úkonům postupně, a to tak, že ji mají k právním úkonům přiměřeným svou povahou duševní (rozumové a volní) vyspělosti odpovídající jejich věku. V tomto rozsahu by měl souhlas dítěte se zákrokem i v oblasti péče o zdraví význam právního úkonu postačujícího k jeho provedení. Jako objektivní hranice bývá doporučován věk 14ti let. Pod touto hranicí by vyspělost neměla být zkoumána a doporučuje se trvat na souhlasu zákonných zástupců dítěte“⁴⁶

„Získání souhlasu pacienta se zákrokem by mělo být považováno za proces spíše než za jednorázový akt podepsání formuláře informovaného souhlasu. Pacientovi, od něhož je souhlas požadován, musí být poskytnut dostatek času a součinnost/pomoc, kterou může potřebovat pro své rozhodnutí. Lékař musí pacienta poučit o právu zákrok

⁴⁵ KOPALOVÁ, Michaela; CHOLENSKÝ, Robert: *Manuál - Jak získat informovaný souhlas pacienta v praxi*. 2007, s. 11.

⁴⁶ ŠUSTEK, Petr: Op. cit., s. 25.

odmítnout nebo po udělení svůj souhlas odvolat, a to i v případě, že se jedná o život zachraňující zákrok.“⁴⁷

1.2.3 Krátká diskuze k danému tématu

„Má-li vztah lékař-pacient odpovídat partnerskému modelu, musí být dialogem. Má-li být pacient partnerem, nemůže být pouhým objektem, nýbrž spoluautorem všech rozhodnutí, týkajících se jeho léčby, anebo s nimi má přinejmenším souhlasit.“⁴⁸ Ne vždy tak tomu v praxi skutečně je. Často se lze v českých nemocnicích setkat s pacienty, kteří mají vlastní traumatizující a úzkostnou zkušenost s předchozím pobytem v nemocnici, kde se s nimi, dle jejich slov, „nikdo nebavil“. Důvodů může být mnoho. Jednak vysoké pracovní vytížení lékařů i sester, nedostatečné personální zajištění, popřípadě v horším případě nezájem zdravotníků pacienty informovat. Často se tak pacienti ocitají v situaci, kdy nejsou informováni ani lékařem, ani informovaným písemným souhlasem, který dostávají do ruky pouze za účelem podpisu bezprostředně před operací. Pacientovi je tak odepřen dostatek času, který může potřebovat pro svá rozhodnutí.

„Faktem je, že se v posledních letech značně změnil postoj pacientů k jejich zdraví a hlavně výrazně stouply nároky na kvalitu péče poskytované ošetřujícím personálem.“⁴⁹ Je proto více než nutné, aby všichni zdravotničtí pracovníci měli na paměti, že „smyslem a účelem právní úpravy informovaného souhlasu je ochrana práv pacienta.“⁵⁰

1.2.4 Práva pacientů

Nový zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách výrazně povýšil práva pacientů, která konkretizují základní lidská práva uvedená v Úmluvě o biomedicině. Za účelem ochrany autonomie vznikl již dříve etickým kodex „Práv pacientů“, který formulovala a schválila Centrální etická komise Ministerstva zdravotnictví České

⁴⁷ Práva pacientů. KOPALOVÁ, Michaela; CHOLENSKÝ, Robert: *Jak získat informovaný souhlas pacienta v praxi*, s. 11. [online]. [cit. 2013-03-18]. Dostupné z: http://ferovanemocnice.cz/data/Informovany%20souhlas%20pacienta_manual.pdf

⁴⁸ Wikiskripta: Etika. PŘÍHODA, Petr. *Informovaný souhlas* [online]. 2011 [cit. 2013-03-20]. Dostupné z: [http://www.wikiskripta.eu/index.php/Informovan%C3%BD_souhlas_\(etika\)](http://www.wikiskripta.eu/index.php/Informovan%C3%BD_souhlas_(etika))

⁴⁹ Mladá fronta Zdravotnické noviny: Sestra. MATLOCHOVÁ, E. *Edukace pacienta perioperační sestrou* [online]. 2012 [cit. 2013-03-15]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/edukace-pacienta-perioperacni-sestrou-463444>

⁵⁰ Mladá fronta Zdravotnické noviny: Zdraví E15 - Pacientské listy. TUZA, T. op. cit.

Republiky dne 25. února 1992. Uvádím pouze ta práva, která souvisejí s informovaností pacientů.

- „Pacient má právo získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého dalšího nového diagnostického a terapeutického postupu zasvěceně rozhodnout, zda s ním souhlasí. Vyjma případů akutního ohrožení má být náležitě informován o případných rizicích, která jsou s uvedeným postupem spojena. Pokud existuje více alternativních postupů nebo pokud pacient vyžaduje informace o léčebných alternativách, má na seznámení s nimi právo. Má rovněž právo znát jména osob, která se na nich účastní.
- Pacient má právo na podrobné a jemu srozumitelné vysvětlení v případě, že se lékař rozhodl k nestandardnímu postupu či experimentu. Písemný vědomý souhlas nemocného je podmínkou k zahájení neterapeutického i terapeutického výzkumu. Pacient může kdykoliv, a to bez uvedení důvodu, z experimentu odstoupit, když byl poučen o případných zdravotních následcích takového rozhodnutí.“⁵¹

U nezletilých pacientů přecházejí tato práva na jejich zákonné zástupce, čili rodiče. V případě starších dětí se však přihlíží na jejich věk a rozumovou vyspělost. Proto jsou často starší děti a především mladiství, zahrnuti do procesu vlastního rozhodování.

1.2.5 Práva dětských pacientů

Stejně tak jako dospělí pacienti, i ti dětští mají svá práva. Ta jsou zakotvena v Chartě práv dětských pacientů, které definovala organizace „National Association for the Welfare of Children in Hospital“ se sídlem v Londýně, a kterou taktéž schválila Centrální etická komise MZČR. Stejně jako v předchozím případě, i zde uvádím pouze ty části Charty, které pojednávají o právu dítěte na informovanost a spolurozhodování.

⁵¹ Agendový portál MZČR: *Práva pacientů* [on-line]. [cit. 2013-03-01] Dostupné z http://ap.mzcr.cz/fakultni-nemocnice-brno/prava-pacientu_53_278n.html

- „Děti nebo jejich rodiče mají mít právo na informace v takové podobě, jaká odpovídá jejich věku a chápání. Mají mít zároveň možnost otevřeně hovořit o svých potřebách s personálem.
- Děti nebo jejich rodiče mají mít právo poučeně se podílet na veškerém rozhodování ohledně zdravotní péče, která je jim poskytována. Každé dítě má být chráněno před všemi zákroky, které pro jeho léčbu nejsou nezbytné a před zbytečnými úkony, podniknutými pro zmírnění jeho fyzického nebo emocionálního rozrušení.
- S dětmi se má zacházet s taktem a pochopením a neustále musí být respektováno jejich soukromí.“⁵²

Obecně můžeme říci, že se jedná o soubor práv, nároků, či potřeb, který by měl zajistit co nejméně traumatizující pobyt dítěte i rodičů v nemocnici a eliminovat případné negativní psychické jevy. Cílem je co nejvíce zpříjemnit nucený pobyt dětí ve zdravotnických zařízeních.

„Je to však pouze psané slovo, jakýsi návod. V praxi to znamená profesionální, vždy citlivé lidské chování, velkou trpělivost, empatii, laskavost a vysokou odbornou úroveň všeho personálu.“⁵³ O tom, jak dalece jsou dětská práva naplňována v praxi, pojednává již zmiňovaný výzkum Rokosové. Ta uvádí, že 85% respondentů z řad doprovázejících osob i zdravotnického personálu uvedlo, že jsou v praxi práva dětí dodržována.

Otázkou však zůstává, zda sami rodiče vědí o existenci tohoto etického kodexu, pojednávajícím o vlastních právech hospitalizovaných dětí. O problematice dodržování práv dětských pacientů pojednává ve své práci Rokosová: „V rámci výzkumného šetření nás zajímalo, zda doprovázející osoby o Chartě práv dětí v nemocnici slyšely před přijetím do nemocnice a pokud ano, jakým způsobem s ní byly seznámeny. O tomto dokumentu před přijetím do nemocnice překvapivě slyšelo pouze 17 dotázaných osob (30 %), z nichž 6 osob (35 %) bylo seznámeno zdravotníkem, 7 osob (41 %) prostřednictvím internetu a 4 osoby (24%) prostřednictvím televize. Nízký počet seznámených osob v dnešní době by mohl naznačovat nízkou propagaci práv dětí ve

⁵² Agendový portál MZČR: *Charta práv dětí v nemocnici* [on-line]. [cit. 2013-03-07] Dostupné z: http://ap.mzcr.cz/fakultni-nemocnice-brno/prava-pacientu_53_278n.html

⁵³ ROKOSOVÁ, Lenka: Op. cit., s. 3.

veřejných sdělovacích prostředcích.⁵⁴ Z jejího výzkumu dále vyplývá, že podle doprovázejících osob i podle ošetřujícího personálu jsou tato práva v nemocnicích dodržována.

Na úplný závěr této kapitoly bych rád zmínil jednu problematiku, se kterou se lze v klinické praxi setkat a která nemá zcela jasné východisko. Jedná se o případy, kdy se dítě odmítá i přes souhlas rodičů podrobit lékařskému zákroku. Především, jedná-li se o starší dítě či mladistvého. Ačkoliv jsou rodiče zákonnými zástupci dítěte a přísluší jim tudíž udělení souhlasu s operací, mělo by tak být učiněno právě ve spolupráci s dítětem a současně by mělo být přihlédnuto k jeho rozumové vyspělosti.

V Chartě stojí: „Každé dítě má být chráněno před všemi zákroky, které pro jeho léčbu nejsou nezbytné.“⁵⁵ Jak je to tedy u výkonů, které nejsou indikovány z vitální indikace a jejich prodlení neohrožuje pacienta bezprostředně na životě?

Bohužel zde neexistuje jednoznačná směrnice, která by definovala, jak postupovat v těchto případech. U dětí je samozřejmě potřeba souhlasu od zákonného zástupce. I tak je však třeba brát v potaz jistou autonomii dítěte v rozhodování o vlastním zdravotním stavu. Právě zde dochází ke střetu práv rodičů, práv dítěte a medicíny. Vždy budou rozličné pohledy na otázku, zda děti mají právo k nezávislému rozhodování, především v otázce věkové hranice, od kdy budou děti schopny se samy samostatně rozhodovat. Z tohoto pohledu je velice zajímavá případová studie z Nového Zélandu, pojednávající o této problematice formou čtyř skutečných případů z praxe.

První případ: chlapec (4 roky) - odmítal se podrobit operaci, důvod však neuvedl. Vzhledem k nízkému věku se nemůže sám rozhodovat. Zde autor zmiňuje důležitou roli rodičů, aby mu vysvětlili, o co se jedná, zmírnili jeho obavy z nemocničního prostředí, zákroku či vyšetření a zmírnili tak do budoucna riziko případného traumatu

Druhý případ: děvče (12 let) - vzhledem k věku lze předpokládat adekvátní rozumovou vyspělost. Svému zdravotnímu stavu rozumí. Měla velký strach z anestezie, protože viděla nějaký pořad v TV, pojednávající o riziku neprobuzení se z narkózy. Jelikož operace nebyla úplně nutná, ale musela se udělat, rodiče i zdravotníci ji opakovaně v nemocnici všechno důkladně vysvětlili. Psychologická intervence

⁵⁴ ROKOSOVÁ, Lenka: *Dodržování Charty práv dětských pacientů v nemocnici*. České Budějovice: Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity, 2008. s. 57.

⁵⁵ Agendový portál MZČR: *Charta práv dětí v nemocnici* [on-line]. [cit. 2013-03-07] Dostupné z Dostupné z: http://ap.mzcr.cz/fakultni-nemocnice-brno/prava-pacientu_53_278n.html

zahrnovala také spolupráci s dětským psychologem, na základě čehož dívka později s operací souhlasila.

Případ třetí: chlapec (13 let) - odmítal se podrobit anestezii kvůli strachu z neprobuzení se. Jednalo se však o urgentní stav, vyžadující akutní operaci (perforace slepého střeva). Nebyl tak čas na vysvětlování ani žádnou další psychologickou intervenci. Lékař tedy po konzultaci s rodiči podal dítěti farmakum se sedativním účinkem, s tím, že dítěti bylo řečeno, že se jedná o přípravek na bolest a předešlo se tak jeho vzdoru. Poté byla provedena vlastní operace, ačkoliv dítě nesouhlasilo. Jednalo se však o zákrok z vitální indikace.

Případ čtvrtý: děvče (9 let) - Nejednalo se o akutní operaci, byla indikována k otoplastice ušních boltců (estetická chirurgie). Holčička operaci nechtěla, jelikož jí nijak její problém neomezoval, její matka však i přes její nesouhlas operaci požadovala. Lékaři rozhodli ve prospěch dítěte, jelikož se nejednalo o urgentní zákrok, matce operaci rozmluvili, aby se dítě v budoucnu samo rozhodlo, jestli zákrok podstoupí, či nikoliv. Autor závěrem poznamenává, že nejedná-li se o nevyhnutelnou operaci, je zákrok dítěte vedlejší.⁵⁶

1.3 Psychosociální aspekty řešené problematiky

„Pacientem se obvykle nerodíme. Stáváme se jím... Proces, který charakterizuje změnu relativně zdravého člověka v pacienta, má svou fyziologickou a patofyziologickou stránku. Má však i svou stránku psychologickou...“⁵⁷

Existuje celá řada výzkumů, pojednávajících o změnách psychiky pacientů v souvislosti s jejich onemocněním či úrazem. Na základě těchto výzkumů a znalostí staví poměrně nový obor psychologie - tzv. psychologie nemoci, jejíž podstatou je pacient a jeho vlastní vnímání nemoci, způsob adaptace na nemocniční prostředí a mnoho dalšího. Kdo je tedy pacient? Podle Křivohlavého je pacient somaticky nemocný člověk, nebo též léčící se nemocný.⁵⁸ Nehledě na to, zda se jedná o dítě či dospělého.

„Každé vážné somatické onemocnění znamená zásah do integrity organismu a vede, mimo jiné, také k psychické reakci.“⁵⁹ Konkrétní podobu těchto reakcí ovlivňuje

⁵⁶ WALKER, Heidi.: *The child who refuses to undergo anesthesia and surgery – a case scenario-based discussion of the ethical and legal issues*, 2009

⁵⁷ KŘIVOHLAVÝ, Jaro: *Psychologie nemoci*. 2002, s. 13.

⁵⁸ KŘIVOHLAVÝ, Jaro: *Psychologie nemoci*, 2002

⁵⁹ Oficiální webové stránky 3. LF UK: *Reakce na nemoc a úraz-psychické obranné mechanismy a následky jejich selhání* [on-line]. [cit. 2013-04-02] Dostupné z: <http://old.lf3.cuni.cz/reforma/reakce.html>

celá řada faktorů. Mezi ně patří především věk, vlastní zkušenost pacientů, konkrétní situace, stejně tak jako chování zdravotníků, případně vliv rodiny pacienta.

„Výsledkem interakce těchto faktorů je určitá emocionální reakce na nemoc“⁶⁰, kam řadíme depresi, úzkost, popření a regresi - neboli ustoupení. Jedná se o negativní psychické obranné reakce pacienta, které mu pomáhají se s nemocí či úrazem vyrovnat. Rizikem těchto negativních reakcí je maladaptivní reakce, která ve většině případů znemožňuje vyrovnání se pacienta s nemocí. Pacient pak trvale odmítá vlastní fakt nemoci, je negativistický ke svému okolí a často dlouhodobě přetrvávají depresivní a úzkostné stavy. Z pohledu ošetrovatelské či lékařské péče je největší překážkou neakceptování potřebné léčby, pacient tak neužívá předepsané léky, nedodržuje režimová opatření a vyhýbá se jakýmkoliv léčebným zákrokům.

Cílem zdravotní péče a psychologické intervence zdravotníků by měla být pomoc pacientovi s jeho adaptací na nemoc. Jejím předpokladem je však základní znalost zdravotníků v oblasti vývojové a klinické psychologie. V případě vážných diagnóz je pak na místě profesionální intervence klinického psychologa. Dojde-li k vlastní adaptaci pacienta a k vyrovnání se s nemocí i jejími následky, lze pak od pacienta očekávat spolupráci a dodržování léčby i režimových opatření. „V psychice nemocného znamená adaptace obnovu schopnosti prožívat pozitivní emoce, radovat se a být aktivní“⁶¹, ačkoliv je nutné přizpůsobení se novým podmínkám nemoci.

Oba výše popsané mechanismy (adaptace, maladaptace) se poměrně významně podílejí na projevech chování pacienta, ale také na průběhu a výsledcích dané léčby. Obecně můžeme říci, že v případě pozitivní reakce nemocného se jeho šance na uzdravení i následný plnohodnotný a spokojený život zvyšují, zatímco v opačném případě, maladaptivního jednání, se šance naopak snižují. Proto by mělo být součástí přístupu k somaticky nemocnému porozumění jeho emočních reakcí a posílení faktorů, usnadňujících jeho vyrovnání se s nemocí. Toho docílíme mimo jiné také kvalitní informovaností a profesionální komunikací mezi námi (zdravotníky) a pacientem.

1.3.1 Adaptace dítěte na nemocniční prostředí

Strach z lékaře či nemocnice zná bezesporu každý z nás. Většinou se nám vybaví vlastní negativní zkušenost z dětství, která nás provází po celý život. Úzkost a strach řadíme mezi emoce, které mají pro jedince určitou motivační sílu a usnadňují

⁶⁰ Oficiální webové stránky 3. LF UK: Op. cit.

⁶¹ Oficiální webové stránky 3. LF UK: Op. cit.

nám adaptaci na nové podmínky života. Významnou měrou se podílejí na formování osobnosti a jeho socializaci. „Bez nadsázky říkáme, že bez úzkosti a strachu by se člověk nestal lidskou bytostí.“⁶² Ačkoliv jsou tyto dva pojmy veřejností často směřovány a jejich používání je spíše věcí konvence, zvyku, popř. jazykového citu, z klinického hlediska je mezi oběma těmito emocemi podstatný rozdíl. Profesor Höschl popisuje strach jako emoci, „...kterou pocítujeme z něčeho určitého, je konkrétní, je aktuální, zatímco úzkost je neurčitý pocit, který není spuštěn konkrétním podnětem, a je to spíš obecná připravenost k úlekové reakci. Nyní se ukazuje, že tyto dva druhy emoce jsou dokonce obsluhovány jinými neurobiologickými mechanismy a že za ně v mozku odpovídají různé struktury“⁶³

Každá hospitalizace představuje pro dítě mimořádně vypjatou, emotivní situaci. „Stupeň připravenosti dítěte na hospitalizaci je otázkou jeho individuality, věku, vyspělosti. Významné jsou jeho předchozí zkušenosti s nemocí, lékaři i jeho osvojené návyky a postoje. Dítěti napomáhá snášet pobyt v nemocnici jeho samostatnost, schopnost přizpůsobit se novým podmínkám i to, jak se dovede vyrovnávat se zátěží...“⁶⁴ V souvislosti s hospitalizací pocítuje dítě úzkost vycházející z neznámého prostředí a situací, která je umocněna pocitem strachu z odloučení od rodičů, stejně tak jako z bolesti, související s léčebnými zákroky. Dítě se těmito emocemi brání ať už reálnému či nereálnému nebezpečí, jelikož tyto situace ještě nezná. Z tohoto důvodu je velice důležitá příprava dítěte. „Je nutné začít vždy s rodiči, neboť oni jsou plně odpovědní za své dítě a v jejich rukou bude příprava do doby nástupu hospitalizace. Postoje, které zaujmou rodiče, ovlivní přirozeně i chování dítěte.“⁶⁵

Rozdílně však bude probíhat předoperační příprava u plánovaných výkonů, na rozdíl od akutních stavů. „Při úrazu nebo při náhlém onemocnění nezbyvá zpravidla na delší přípravu čas, dítě bývá často doprovázeno ve spěchu a v atmosféře paniky.“⁶⁶ Z pohledu rodičů je zapotřebí dítě o nutnosti hospitalizace adekvátním způsobem informovat a uklidnit jej, že vše bude zase brzy v pořádku, a že mu budou rodiče stále nablízku. Je nutné, aby dítě získalo jistotu a pocit bezpečí. Často totiž v těchto vypjatých situacích přenášejí rodiče své obavy a nejistotu na dítě, pro které je nastalá

⁶² VYMĚTAL, Jan: *Úzkost a strach u dětí*. 2004, s. 11.

⁶³ Český rozhlas - Věda a technika: HÖSCHL, C. *Neurofyziologie úzkosti a strachu* [on-line]. 2004 [cit. 2013-03-20] Dostupné z: http://www.rozhlas.cz/vedaarchiv/portal/_zprava/120076

⁶⁴ PŠENICOVÁ, Kateřina: *Psychologie hospitalizovaného dítěte*. Bakalářská práce. Brno: Pedagogická fakulta Masarykovy univerzity, 2006. s. 27.

⁶⁵ FENDRYCHOVÁ, Jaroslava a KLIMOVIČ, Michal: *Péče o kriticky nemocné dítě*. 2005, s. 36.

⁶⁶ FENDRYCHOVÁ, Jaroslava; KLIMOVIČ, Michal: Op.cit., s. 36.

situace o to více stresující. Na místě je proto sebekontrola rodičů a zaměření veškeré psychologické intervence na nemocné dítě. Kromě rodičovské intervence je nutná také intervence samotných zdravotníků. „Z našeho jednání (vlídného, vyrovnaného a rozhodného) má být zřejmé, že je dítě v dobrých rukou, jimž se může s důvěrou svěřit.“⁶⁷

Jaké by tedy měly být kroky ke zmírnění a odstranění strachu dítěte z lékaře a ošetření? Je třeba mít na paměti, že dítěti nikdy nelžeme! Někteří rodiče volí raději milosrdnou lež, nežli informování dítěte o reálné skutečnosti s domněním, že se dítě nebude tolik bát. Neuvědomují si však, že bezprostřední vystavení dítěte těmto skutečným situacím, které se poměrně značně rozchází s jeho očekáváním, je pro dítě o to více stresující a traumatickou zkušeností. Dítě pak na základě této negativní zkušenosti nemusí již rodičům příště věřit a postupně k nim ztrácí důvěru, která se těžce získává zpět. O to více, jedná-li se o lež opakovanou. Málokdo si uvědomuje, že i malé dítě (např. předškolního věku) se dokáže s nepříjemnou situací svým způsobem vyrovnat. Musí být však na ni dostatečně připraveno. Je důležité, ale zároveň obtížné, najít správný způsob sdělení. Vždy je třeba přihlídnout k věku dítěte. Obecně se doporučuje dítěti uklidňujícím a zásadně pravdivým způsobem vysvětlit důvod návštěvy lékaře a předpokládaný průběh ošetření a hospitalizace. Nezdůrazňovat případné nepříjemnosti a hovor zaměřit spíše na pozitivní, lákavé okolnosti hospitalizace - například, že tam bude spousta nových kamarádů.

U předškoláků je výhodou sdělovat tyto informace formou pohádkového příběhu a pozitivního působení na jejich obrazotvornost, přislíbit můžeme také drobný dárek, který dítě příjemně naladí a motivuje. „U školáků počítáme s jejich rozumovou stránkou a vývojovou úrovní...“⁶⁸ Zajímáme se o jejich obavy, snažíme se je v případě předchozí negativní zkušenosti reálně uklidnit a vysvětlíme jim důvody vlastní hospitalizace. „Pokud jde o množství těchto informací, je dobře zachovávat střední cestu, ani hodně - ani málo. Hlavně však dítěti informace nevnucovat. Je dobré říci, co je třeba. Projeví-li dítě další zájem, přidáme k tomu tolik, abychom ho uspokojili.“⁶⁹

U batolat a kojenců je vzhledem k jejich rozumové vyspělosti jakákoliv psychologická intervence zbytečná. Naopak je velmi důležitá neverbální komunikace s dítětem. „Před koncem 2. měsíce (cca v 5-6 týdnech) dokáže dítě navázat oční kontakt

⁶⁷ FENDRYCHOVÁ, Jaroslava; KLIMOVIČ, Michal: Op.cit., s. 36.

⁶⁸ VYMĚTAL, Jan: Op.cit., s. 168.

⁶⁹ FENDRYCHOVÁ, Jaroslava; KLIMOVIČ, Michal: Op.cit., s. 36.

s člověkem, který se mu věnuje a přitom se na ně dívá, resp. na ně i mluví. Dítě, které se již „dívá do očí“, je považováno za aktivního účastníka dialogu, jemuž stojí za to se věnovat.“⁷⁰ Později kromě očního kontaktu přichází i úsměv. „Ve 3. měsíci se dítě naučí pomocí úsměvu docela dobře komunikovat. Úsměv již není jen náhodnou reakcí, projevem vlastního uspokojení, ale má i jiný význam. Je signálem zájmu o kontakt s nějakým člověkem.“⁷¹ Dítě tak s námi komunikuje především prostřednictvím mimiky a jeho schopností číst emoce podle výrazu naší tváře, na které pak patřičným způsobem reaguje (smích, příp. pláč). Z toho důvodu si zbytečně nezakrýváme tvář rouškou, pokud to není nevyhnutelně nutné. Ústenka totiž představuje pro dítě komunikační bariéru. Kromě úsměvu reagují kojenci a batolata také na cit a způsob zacházení s nimi, konejšivě reagují na doteky, pohlázení a objetí. Důležitý je také tón našeho hlasu. Ačkoliv se nám mohou kojenci a batolata jevit jako příliš malí na jakoukoliv komunikaci, je naopak zapotřebí s nimi taktéž správným způsobem komunikovat a zmiřňovat tak negativní projevy jejich hospitalizace.

Co je nejdůležitější, je přítomnost matky dítěte, která představuje pro dítě pocit jistoty a bezpečí. To stejné platí také v případě známých lidí z jeho okolí. „Matějček (2006) proto připomíná, že by se lidé pečující o malé dítě neměli příliš střídat...“⁷² Proto se doporučuje ošetřování dítěte úzkou skupinou zdravotníků (stejný lékař, stejná sestra), které dítě začne postupem času považovat za sobě blízké. Strach z cizích lidí a neznámých situací se objevuje kolem 7. až 8. měsíce.⁷³ S tím souvisí také rozvoj separační úzkosti v době nepřítomnosti matky.

V prvních 6 měsících života dítě nerozlišuje osoby ve svém okolí. Nechá se uklidnit každou osobou, která se chová láskyplně. V tomto období prožívají separační úzkost spíše rodiče. Později si dítě vytváří specifický citový vztah k jedné osobě, která o něj nejčastěji pečuje, a u které se cítí se v bezpečí.

Kolem 1. až 2. roku života se dítě naučí samostatnosti, separační úzkost se projevuje především strachem z neznámých lidí a neznámého prostředí. Mezi 2. a 4. rokem by měla separační úzkost postupně mizet. Dítě získává sebedůvěru, učí se komunikovat s dospělými lidmi i s ostatními dětmi. Je snadné ho něčím zaujmout a tak překonat případnou nejistotu a strach. Nad 5 let jsou již děti většinou natolik sebevědomé a samostatné, že v případě, kdy jsou rodiči na hospitalizaci dobře

⁷⁰ VÁGNEROVÁ, Marie: *Vývojová psychologie I.* 2005, s. 104.

⁷¹ VÁGNEROVÁ, Marie: *Op.cit.*, s. 104.

⁷² VÁGNEROVÁ, Marie: *Op.cit.*, s. 106.

⁷³ VÁGNEROVÁ, Marie: *Vývojová psychologie I.* 2005

připravení a informování, zvládají pobyt v nemocnici poměrně dobře, bez větších psychických traumat. Mějme však na paměti, že ne vždy to musí platit. Záleží na osobnosti dítěte, jeho výchově a vlastních zkušenostech, které se promítají do jeho chování a vnímání.

Pediatrická oddělení by měla být koncipována tak, aby se v nich děti cítily co nejpřirozeněji a alespoň částečně jim připomínala prostředí jejich domova. Děti pak hospitalizaci lépe snášejí a pociťují menší obavy. „Mělo by být pravidlem, aby si dítě přineslo do nemocnice z domova nějakou svou hračku, nějaký milý osobní předmět... Dítě má tak v novém prostředí reálnou připomínku domova a necítí se tolik osamoceno.“⁷⁴ K tomu napomáhá také práce herních terapeutů, kteří si s dětmi povídají, hrají a pomáhají jim zvládat vlastní strach z nemoci, lékařů, ale také z odloučení od rodičů. Nejtraumatičtější bývá pro dítě pochopitelně první zkušenost s hospitalizací. „Po odchodu rodičů se u některých dětí dostaví jakási citová krize - uvědomují si naplno svou situaci. U předškolních a menších dětí musíme počítat s tím, že se někdy za jejich nejistotou skrývá neurčitý pocit, že odloučení od rodičů a předání do cizího prostředí je vlastně trestem za nějaké provinění, jehož se dopustily. První snaha směřuje tedy k tomu, aby se dítě pokud možno tohoto pocitu zbavilo. Klidným a srozumitelným způsobem je ujistíme, že je rodiče mají rádi, znovu vysvětlíme podstatu onemocnění a důvody umístění v nemocnici...“⁷⁵ U chronicky nemocných dětí, jejichž zdravotní stav vyžaduje opakované hospitalizace, dochází k přijetí nemocničního prostředí za sobě blízké. Děti přesně vědí, co je čeká a znají i převážnou část ošetřujícího zdravotnického personálu, který často oslovují „teto, strejdo“. V případě starších dětí a mladistvých, trpících úzkostnými stavy, je na místě pomoc dětského psychologa, který jim pomůže s adaptací na nemoc a nemocniční prostředí.

Na strachu a pocitu úzkosti dětí související s hospitalizací se podílí mnoho faktorů, které vycházejí nejen ze zdravotního stavu a konkrétní situace, ale také z výchovy dítěte, jeho rodinného zázemí a mnoho dalšího. Obecně lze tyto negativní emoce zmírnit správnou před-hospitalizační přípravou, adekvátní informovaností, ale také zajištěním takových podmínek, které umožňují kontakt dítěte s nemocničním prostředím v příznivé atmosféře a za vlídného chování zdravotnického personálu. Vysoce žádoucí je v případě malých, nebo i starších úzkostnějších dětí, přítomnost

⁷⁴ FENDRYCHOVÁ, Jaroslava; KLIMOVIČ, Michal: Op.cit., s. 36.

⁷⁵ FENDRYCHOVÁ, Jaroslava; KLIMOVIČ, Michal: Op.cit., s. 37.

rodiče. Existují však i univerzální doporučení s cílem minimalizovat negativní prožitky dítěte a zajistit klidný a bezproblémový průběh pobytu dítěte v nemocnici.

- „Je nutno, aby dítě mělo dostatek spánku
- Je třeba vyloučit nedůležité úkony a omezit na nejnižší míru takové, které dítěti přinášejí nepříjemné zážitky
- Vyloučit nebo alespoň na nejmenší míru omezit hluk
- Ideálem je, aby se nemocniční pokoj nelišil příliš od domova
- Nemocniční pokoj má dětskému pacientovi zajistit i kus intimity
- Neměnit náhle utvrzené návyky
- Zabránit pocitům viny pramenícím z vědomí, že nezachovává dobře léčebné postupy
- Zabránit nadměrným pocitům strachu“⁷⁶

Pocitů je-li dítě dlouhodobě nenaplnění svých sociálních a biologických potřeb, může tento soubor nepříznivých faktorů u některých dětí vyprovokovat patologický stav, který nazýváme hospitalismem. Jedná se o intenzivní negativní reakci na hospitalizaci, kterou jsou nejvíce ohroženy děti, respektive dlouhodobě hospitalizovaní pacienti.

1.3.2 Adaptace dítěte na anestezii - příprava

S blížícím se zákrokem roste nervozita dítěte i celé rodiny. Důležitou součástí předoperační přípravy je vlastní farmakologická premedikace s cílem zklidnění pacienta a potlačení jeho strachu a nervozity. Je-li ordinována správně, pak děti většinu času prospí a blížící se operaci nijak negativně nepocítují. Obecně však platí, že doba čekání na zákrok by měla být snížena na co nejmenší míru. Zmírní se tak dlouhodobé, vyčerpávající negativní prožitky dítěte. Nejsou-li však naplněny jeho základní biologické potřeby, nejčastěji pocit hladu či žízně, nervozita pacienta o to více narůstá. Proto u dětí tolerujeme malé množství tekutin i dvě hodiny před operací, čtyři hodiny pak v případě kojenců mateřské mléko.

Nejdůležitějším faktorem, ovlivňujícím průběh předoperačního období a chování dítěte, je přítomnost matky. Není-li přítomen jeden z rodičů, pak by tuto roli měla zastoupit ošetřující sestra, která by měla být dítěti stále nablízku a snažit se převést jeho

⁷⁶ FENDRYCHOVÁ, Jaroslava; KLIMOVIČ, Michal: Op.cit., s. 37.

pozornost na příjemnější věci. „Na dítěti nevyzvídáme, zda se přece jen trochu nebojí, ale chováme se tak, jak bychom pokládali za samozřejmé, že strach nemá, protože se nemá čeho bát. A jestliže se opravdu bojí, nerozlítostňujeme ho dalšími připomínkami domova a podobně citově zabarvenými představami. Můžeme jej nanejvýš ujistit, že na něj maminka myslí a že se jistě přijde podívat, až vše bude hotovo.“⁷⁷ Zároveň je důležité, abychom dítěti blížící se zákrok neidealizovali. „Osvědčuje se spíše připomenout, že taková zkouška, jakou nyní podstupuje, bude pro něho znamenat velmi zajímavé zážitky a zkušenosti, jaké mnoho jiných dětí ani dospělých nemá a že se v takové zkoušce osvědčují vyspělí, stateční a zdatní. Zvláště u dětí školního věku (9 let a výše) je takové povzbuzení dosti účinné“⁷⁸ Někdy však ani tato povzbuzení a dodání motivační síly nejsou účinná a dítě je i přes to plačtivé a úzkostné. Poté jsou jakákoliv další slova zbytečná a je důležité s dítětem komunikovat především neverbálně. Především se jej snažit uklidnit klidným dotekem či pohlazením. Na pomoc můžeme přinést také plyšovou hračku, ke které se může dítě ze strachu přitulit. V těchto situacích je přítomnost matky více než žádoucí.

Při odjezdu na sál požádáme rodiče o společný doprovod dítěte s námi. Nutným předpokladem je však psychická vyrovnanost rodiče, u kterého lze předpokládat, že dodá dítěti klid a odvalu. V případě nepřítomnosti rodičů by měla doprovod dítěte zajišťovat sestra, se kterou je dítě za dobu hospitalizaci nejvíce v kontaktu.⁷⁹

Celá průběh adaptace dítěte na operační sál a úvod do anestezie závisí na kvalitní přípravě dítěte a jeho informovanosti. Je důležité, aby mělo dítě o anestezii, jejím účelu a průběhu správnou představu. „Kojenci a batolata, kteří ještě nerozumějí situaci, se zpravidla nebrání usnout. Starší děti se však již usnutí za takovýchto nezvyklých okolností více nebo méně brání. Jestliže pak usnou ‚násilím‘, tj. proti své vůli, dostavuje se u nich pocit tísně a úzkosti, který někdy dlouho přetrvává do období pooperačního. Tento zážitek přibližuje dětem představu smrti a může být provázen i závažnými psychickými otřesy.“⁸⁰ Zatímco předškolní děti jsou nejzranitelnější hlavně v uvědomování si strachu z bolesti a odloučení, děti ve věku 5 a více let si již začínají uvědomovat strach ze smrti, či tělesného poškození.⁸¹ „Dítě je třeba ujistit, že usne

⁷⁷ FENDRYCHOVÁ, Jaroslava; KLIMOVIČ, Michal: Op.cit., s. 43.

⁷⁸ FENDRYCHOVÁ, Jaroslava; KLIMOVIČ, Michal: Op.cit., s. 43.

⁷⁹ FENDRYCHOVÁ, Jaroslava a KLIMOVIČ, Michal: *Péče o kriticky nemocné dítě*, 2005

⁸⁰ FENDRYCHOVÁ, Jaroslava; KLIMOVIČ, Michal: Op.cit., s. 43.

⁸¹ FEDORA, Michal: *Dětská anesteziologie*, 2012

klidně a přirozeně jako doma a tento spánek bude stejně tak dočasný, jako každý jiný. Vysvětlíme mu, že je důležitý právě k tomu, aby vyloučil jakoukoliv bolest.“⁸²

Kromě vlastního úvodu do anestezie bývá komplikovaná také fáze probouzení. Menší děti, někdy i ty starší, bývají bezprostředně po probuzení velice citlivé a plačtivé. Zde je potřeba vyčkat, než anestezie zcela odezní a dítě průběžně ubezpečovat, že už má to nejhorší za sebou, a že mu bude již brzy lépe.

1.3.3 Adaptace rodičů na hospitalizaci dítěte

Hospitalizace dítěte zasahuje zásadním způsobem do života celé rodiny. Nejen pro dítě, ale především i pro matku je tato situace mimořádně emotivní záležitostí. „Studie dětí přijatých do nemocnice ukazují, že i krátkodobá hospitalizace může mít dlouhodobé následky pro dítě i rodinu.“⁸³ „Nemocné dítě velmi citlivě vnímá přítomnost svých rodičů, má zvýšenou potřebu jistoty a bezpečí, lásky a ochrany. Mnohdy se musí vyrovnat s řadou změn, negativních pocitů, bolestí, s prostředím nemocnice, s diagnostickými a léčebnými postupy. Učí se spolupracovat se zdravotníky a vyrovnávat se s odloučením od rodiny a přátel. V tomto období potřebuje svou matku, která mu pomáhá adaptovat se na nové prostředí.“⁸⁴ „Pobyt rodiče s dítětem v nemocnici je pozitivním faktorem, který napomáhá mírnit nežádoucí vlivy působící na hospitalizované dítě, usnadňuje adaptaci dítěte na cizí prostředí a umožňuje trvale naplňovat jeho potřeby.“⁸⁵

Není-li hospitalizace dítěte s matkou z jakéhokoliv důvodu možná, může se tato skutečnost odrážet i na vlastním průběhu hospitalizace. Existuje řada výzkumů, které prokázaly, že délka pobytu dítěte v nemocnici závisí mimo jiné i na přítomnosti matky, popřípadě jiného člena rodiny.

„Dítěti, ale i samotným rodičům usnadňuje pobyt v nemocnici jeho důkladná příprava... Postoje rodičů k léčbě mají vliv na citové rozpoložení dítěte, které často rozhoduje o tom, jak se bude dítě stavět k terapii, nemocnici a lékařům, bude-li se jich bát nebo jim bude důvěřovat... Pokud sami budou těžce nést onemocnění dítěte, bude pro ně obtížné, aby byli dítěti oporou.“⁸⁶

⁸² FENDRYCHOVÁ, Jaroslava; KLIMOVIČ, Michal: Op.cit., s. 43.

⁸³ FENDRYCHOVÁ, Jaroslava; KLIMOVIČ, Michal: Op.cit., s. 43.

⁸⁴ PŠENICOVÁ, Kateřina: Op.cit, s. 26.

⁸⁵ FENDRYCHOVÁ, Jaroslava; KLIMOVIČ, Michal: Op.cit., s. 47.

⁸⁶ PŠENICOVÁ, Kateřina: Op.cit, s. 27.

Nejdramatičtější okamžikem hospitalizace, zatěžujícím jak dítě, tak i rodiče je bezesporu vzájemné loučení. „To má probíhat pokud možno co nejkldněji bez vypjatých emočních scén a projevů. Ideální je, když matka společně se zdravotní sestrou dítě odvede do jeho pokoje, pomůže mu dát věci do stolku, společně si prohlédnou oddělení a poté se rozloučí.“⁸⁷

1.4 Základy komunikace s dětským pacientem a rodiči

O komunikaci zdravotníků s dětským pacientem a jeho rodiči opírající se o psychologické aspekty, pojednávají z větší části předchozí kapitoly. Nyní se však stručně zaměříme především na vlastní strukturu anesteziologického rozhovoru z pohledu zásad profesionální komunikace.

Jelikož je anestezie výkonem, který má na pacienta poměrně zásadní vliv a jsou s ní spjata také určitá rizika, kromě písemného informovaného souhlasu je nutným předpokladem také osobní rozhovor a konzultace anesteziologa s pacientem, v našem případě spíše s rodiči, kteří jsou zákonnými zástupci nezletilého pacienta.

Vlastní rozhovor by měl být veden tak, aby byly rodičům, případně dítěti, sděleny všechny podstatné skutečnosti, na základě kterých se mají rozhodnout pro souhlas s tímto typem zákroku. Jedná se o vysoce specializovanou problematiku, která zahrnuje mnoho odborných pojmů. Rozhovor by se měl vyznačovat především jednoduchostí, stručností, zřetelností, vhodným načasováním a adaptabilitou. Nejde ani tak o množství informací, jako spíše o jejich kvalitu.⁸⁸

„Sdělení musí být stručné a jasné. Používáme běžné slovní obraty. Neefektivní je zdlouhavé opisování situace, používání terminologie neznámé posluchači. Naopak příliš jednoduché sdělení působí devalvačně (znehodnocuje nemocného).“⁸⁹ Lékař by tak měl brát v úvahu sociální postavení rodičů, jejich úroveň vzdělání, stejně jako rozumovou vyspělost dítěte, podle toho by pak měl rozhovor adekvátním způsobem přizpůsobit.

„Stručná informace působí profesionálně. Zbytečné okliky naopak vzbuzují nedůvěru, zda mluvčí vůbec ví, o čem mluví... V situaci, kdy jsme nemocní, máme

⁸⁷ PŠENICOVÁ, Kateřina.: Op.cit, s. 28.

⁸⁸ PLEVOVÁ, Ilona; SLOWIK, Regina: *Komunikace s dětským pacientem*. 2010

⁸⁹ PLEVOVÁ, Ilona; SLOWIK, Regina: Op.cit., s. 19

tělesné obtíže, obavy či nejasná očekávání, jsme citliví na čas.“⁹⁰ Stručnost a srozumitelnost je významná především v písemné formě sdělení. Obecně bychom se měli vyhýbat používání zkratk, kterým rodič případně dítě nemůže porozumět.

V otázce zřetelnosti je podstatné vyjádřit především vlastní podstatu věci, vyhýbat se dvousmyslným sdělením, která mohou být pacienty špatně pochopeny, ale také přílišným zobecněním (např. všichni pacienti snáší anestezii dobře). Raději je lepší volit spojení - většina pacientů snáší anestezii dobře, jelikož nikdy nevíme, jak daný pacient bude na anestezii reagovat a rodina by tak mohla považovat případné komplikace za naše pochybení.

V otázce načasování je třeba zvolit dobu, kdy máme na informovanost rodičů i dítěte dostatek časového prostoru. Rozhovor tak není veden pod tlakem ani ve spěchu a je dostatek časového prostoru pro zodpovězení případných dotazů. Výhodou bývá přítomnost obou rodičů, kteří tak získávají od lékaře stejné informace, nikoliv zprostředkované druhou osobou. Informace by měly být sdělovány v klidném prostředí a soukromí, jelikož se může jednat o osobní informace, které by měly zůstat pouze mezi účastníky rozhovoru.

Adaptabilitou se myslí přizpůsobení stylu hovoru reakcím pacienta/rodiče. „Sledujeme především jeho odpovědi a všímáme si neverbálních projevů. „Falešnou představou je, že slovo, které říkám já, rozumí druhý stejně jako já. Každý z nás máme do určité míry odlišný významový obsah nejen slov, ale i celých slovních seskupení - výpovědních celků.“⁹¹ Proto je nutné najít „společnou řeč“ a docílit bezchybné vzájemné komunikace.

Kromě výše zmíněných zásad by se měl nejen rozhovor, ale především komplexní přístup lékaře k rodičům i dětskému pacientovi řídit obecně platnými etickými pravidly. Mezi ně patří především úcta a respekt k druhému člověku, zahrnující zdvořilost, vlídnost, trpělivost a ohleduplnost. Důležitá je také schopnost empatie - vcítit se do role pacienta. „Výraz bývá často chápán nesprávně - nejde o soucit, ale o to představit si, jak bych se asi cítil v situaci, v níž je nyní pacient, a co bych v takové situaci nejvíce potřeboval.“⁹² S tím úzce souvisí vlastní, subjektivní prožívání nemoci. Toto prožívání nepoznáme z anamnestických údajů pacienta ani z vlastní diagnózy, „...musíme se vždy ptát, co tato konkrétní nemoc (zákrok,

⁹⁰ PLEVOVÁ, Ilona; SLOWIK, Regina: Op.cit., s. 19

⁹¹ FENDRYCHOVÁ, Jaroslava; KLIMOVIČ, Michal: Op.cit., s. 28.

⁹² FENDRYCHOVÁ, Jaroslava; KLIMOVIČ, Michal: Op.cit., s. 26.

hospitalizace, bolest atp.) znamená pro konkrétního pacienta v daném čase.“⁹³ Posledním bodem této části je aktivní naslouchání. „Opravdový rozhovor nezačíná mluvením, ale nasloucháním...“⁹⁴ Znamená to, že věnujeme vyprávějícímu svou pozornost, povzbuzujeme ho verbálně i neverbálně a především mu poskytujeme zpětnou vazbu, čímž dáváme najevo, že jsme aktivními posluchači a snažíme se druhému porozumět.

⁹³ FENDRYCHOVÁ, Jaroslava; KLIMOVIČ, Michal: Op.cit., s. 26.

⁹⁴ FENDRYCHOVÁ, Jaroslava; KLIMOVIČ, Michal: Op.cit., s. 26.

2. Empirická část práce - kvantitativní výzkum

2.1 Stanovení cílů

Cílem tohoto výzkumu je na podkladě dotazníkového šetření zjistit, zda a do jaké míry jsou dětské pacienti a jejich rodiče předem informováni o anestezii. Dále pak, jakou formou jim byly informace poskytnuty a zda obdržným informacím dostatečně porozuměli. V neposlední řadě si pak práce klade za cíl zjistit vlastní názory obou skupin respondentů na současnou klinickou praxi a jejich náměty na její zlepšení.

2.1.1 Obecné cíle:

- Zmapovat dosud opomíjenou oblast zdravotní péče

2.1.2 Dílčí cíle:

- Zjistit, zda a do jaké míry jsou dětské pacienti i rodiče informováni o anestezii
- Zjistit, zda byly poskytnuté informace pro rodiče srozumitelné a dostačující.
- Zjistit důvody obav dětí i rodičů z anestezie
- Zjistit jejich vlastní názory na zlepšení současné praxe z pohledu rodičů.
- Zjistit zájem dětí i rodičů o tištěné informační materiály

2.2 Stanovení hypotéz

- **Hypotéza č. 1:** Ve většině případů jsou rodiče hospitalizovaných dětí v rámci předoperační přípravy primárně informováni lékařem - anesteziologem.
- **Hypotéza č. 2:** Ve většině případů plánovaných výkonů prochází rodiče s dětmi anesteziologickou ambulancí.
- **Hypotéza č. 3:** Pro většinu respondentů - rodičů jsou poskytnuté informace srozumitelné.
- **Hypotéza č. 4:** Většina rodičů pociťuje v souvislosti s anestézií obavy z vlivu anestetik na vývoj centrálního nervového systému dětí.
- **Hypotéza č. 5:** Obě skupiny respondentů uvítají dostupnost tištěných informačních materiálů

2.3 Design výzkumu

V roce 2011 bylo v ČR provedeno celkem 98.673 anestezií⁹⁵ u pacientů mladších 19 let. Pro to, aby bylo možné dostatečně zmapovat tuto oblast zdravotní péče, byly pro potřeby tohoto výzkumu vybrány dvě největší fakultní nemocnice v ČR, vykazující každoročně nejvyšší počty anesteziologických zákroků u dětí a mladistvých. Jednalo se o FN Motol v Praze (11.071 anestezií)⁹⁶ a Dětskou nemocnici FN Brno (cca 9.000 anestezií)⁹⁷.

Samotnému výzkumu předcházela dlouhodobá příprava. Ta zahrnovala kromě zmapování vhodných literárních zdrojů také rozhovory se zdravotnickými pracovníky, pohybujícími se právě v oblasti dětské anesteziologie, ale také rozhovory s rodiči z řad mých známých - za účelem zjištění jejich vlastního názoru a předběžného zájmu o výsledky tohoto výzkumu. Ze strany zdravotníků i rodičů jsem se ve většině případů setkal s podporou a kladnými názory na výzkum, jelikož stejně jako já spatřovali jisté nedostatky v systému před-anesteziologické přípravy a současně vyjádřili zájem o případné změny a zlepšení současné klinické praxe.

Pro získání dostatečného množství informací byl vybrán kvantitativní typ výzkumu prostřednictvím anonymního výzkumného dotazníku.

2.4 Metoda tvorby dat

Pro realizaci výzkumu nebylo možné využít standardizovaný dotazník, jelikož v ČR nebyla (dle dostupných rešerší) žádná obdobná studie realizována. Bylo proto zapotřebí sestavit dotazník vlastní konstrukce, který by oslovoval obě zúčastněné skupiny respondentů (rodiče i děti). Vlastní dotazník obsahoval 44 otázek a byl rozdělen do pěti částí, sledujících jednotlivé oblasti výzkumu:

- **Část I.** - otázky vztahující se k respondentům - rodičům (6 otázek)
- **Část II.** - otázky vztahující se k hospitalizovanému dítěti (3 otázky)
- **Část III.** - otázky vztahující se k informovanosti o anestezii (22 otázek)
- **Část IV.** - otázky vztahující se ke zlepšení před-anesteziologické přípravy (7 otázek)
- **Část V.** - otázky vztahující se k informovanosti dětí - starších 5 let (6 otázek)

⁹⁵ Statistická data získaná na dotaz od MUDr. Vladimíra Mixy - předsedy SDAIM ČSARIM 02/2013

⁹⁶ Statistická data získaná na dotaz od MUDr. Vladimíra Mixy - předsedy SDAIM ČSARIM 02/2013

⁹⁷ Statistická data získaná na dotaz od MUDr. Michala Klimoviče - primáře KDAR FN Brno 02/2013

Tvorba samotného dotazníku a správná formulace otázek probíhala ve spolupráci s dětskými anesteziology z VFN Praha a FN Brno, přičemž závěrečná část dotazníku (část V. - věnovaná hospitalizovaným dětem) byla navíc konzultována s dětskými psychology (především doc. PhDr. Janou Kocourkovou - psychologkou Dětské psychiatrické kliniky 2. LF UK a FN Motol).

Podle rozdělení jednotlivých typů otázek tvořil dotazník 23 položek uzavřených, dále pak 6 otevřených a 15 polouzavřených, přičemž v některých případech se jednalo o typ „multiple choice“. Z důvodu ověření pravdivosti, respektive konzistentnosti předchozích odpovědí, byly do dotazníku začleněny taktéž kontrolní a projektivní otázky. Vlastní výzkumný dotazník naleznete v příloze č. 1.

2.5 Výzkumný soubor

Výběr respondentů byl zcela náhodný. Do studie tak byla zařazena většina rodičů a dětí hospitalizovaných v době realizace výzkumu (únor 2013) na jednotlivých odděleních. Jedinou podmínkou pro jejich zařazení do studie byl nedávný operační zákrok dítěte a jejich souhlas s účastí na studii. V případě dětských respondentů byl po konzultaci s dětskými psychology požadován věk 5 a více let, kdy jsou již děti schopny porozumění a odpovědi na položené otázky.

Celkem bylo osloveno 215 respondentů při celkové návratnosti 134 vyplněných dotazníků, přičemž 3 byly, z důvodu většího množství nezodpovězených otázek, nevyhodnotitelné. Celková návratnost se tak snížila na konečných 131 dotazníků, vyjádřeno v procentech 60,93%. Přesná data o návratnosti prezentuji v TAB. 1,2 a 3.

Soubor respondentů - rodičů tvořily z 90,84 % ženy (119 respondentů) a v 9,16 % muži (12 respondentů). Věkové rozpětí respondentů bylo 24-55 let, přičemž průměrný věk činil 35,9 let. Přesný popis a statistické zpracování sledovaného vzorku respondentů uvádím v části „Výsledky výzkumu a jejich analýza - Část pro dospělé“ viz. níže.

Kromě rodičů byly do studie zahrnuty taktéž hospitalizované děti, starší 5 let. Ze 131 navrácených dotazníků splňovalo tuto podmínku (pro vyhodnocení odpovědí dětí) 94 z nich, přičemž ve 22 případech zůstala dětská část dotazníku nevyplněna. Jednalo se tedy celkem o 72 dětí (76,60 %), účastnících se této studie - ať už ve spolupráci s rodiči, popřípadě samostatně. Věkové rozpětí dětských respondentů bylo od 5-18 let, průměrný

věk pak 8,60 let. Vlastní odpovědi dětí naleznete v části „Výsledky výzkumu a jejich analýza - Část pro děti“.

Počet distribuovaných dotazníků byl zvolen na základě předchozí domluvy s vrchními sestrami jednotlivých oddělení, který korespondoval s reálným počtem operovaných pacientů za určité sledované období. V případě FN Brno byl počet striktně stanoven Útvarem pro řízení a organizaci.

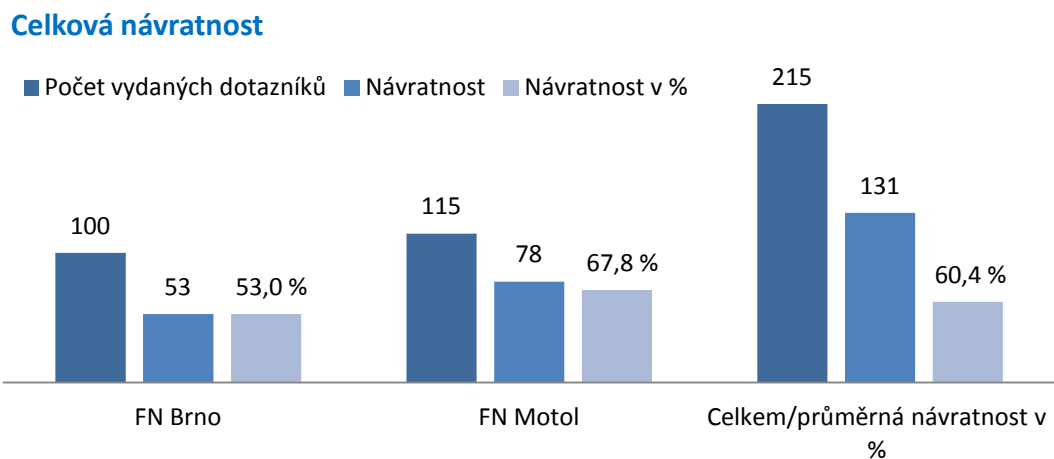
TAB. 1: Celkový počet respondentů a celková návratnost výzkumných dotazníků

Celkový počet respondentů/celková návratnost			
Zdravotnické zařízení	Počet vydaných dotazníků	Návratnost	Procentuálně* (v %)
FN Brno	100	53	53,00 %
FN Motol	115	78	67,83 %
Celkem/průměrná návratnost v %	215	131	60,93 %

Poznámky:

* zaokrouhleno na jedno desetinné číslo

GRAF 1: Grafické vyjádření celkové návratnosti k počtu respondentů



TAB. 2: Přehled počtu respondentů a návratnosti výzkumných dotazníků ve FN Brno

Dětská nemocnice FN Brno			
Klinika	Počet vydaných dotazníků	Návratnost	Procentuálně* (v %)
DOK	33	7	21,21 %
KDORL	33	24	72,73 %
KDCHOT	34	22	64,71 %
Celkem/průměrná návratnost v %	100	53	52,88 %

Poznámky:

* zaokrouhleno na jedno desetinné číslo

Vysvětlivky:

DOK - Dětská oční klinika

KDORL - Klinika dětské otorinolaryngologie

KDCHOT - Klinika dětské chirurgie, ortopedie a traumatologie

TAB. 3: Přehled počtu respondentů a návratnosti výzkumných dotazníků ve FN Motol

FN Motol			
Klinika	Počet vydaných dotazníků	Návratnost	Procentuálně* (v %)
KDCH	40	21	52,50%
KDDOT	20	18	90,00%
KORL	15	10	66,67%
NCHKDD	15	8	53,33%
SKDD	15	13	86,67%
OKDD	10	8	80,00%
Celkem/průměrná návratnost v %	115	78	71,53%

Poznámky:

* zaokrouhleno na jedno desetinné číslo

Vysvětlivky:

KDCH - Klinika dětské chirurgie

KDDOT - Klinika dětské a dospělé ortopedie a traumatologie

KORL - Klinika otorinolaryngologie

NCHKDD - Neurochirurgická klinika dětí a dospělých

SKDD - Stomatologická klinika dětí a dospělých

OKDD - Oční klinika dětí a dospělých

2.6 Metoda analýzy dat

Získaná data byla prvotně zpracována v programu Microsoft Excel a dále statisticky vyhodnocena ve spolupráci s Ing. Alenou Dohnalovou (statističkou Fyziologického ústavu 1. LF UK) programem SPSS 13.0 (Chicago) za použití deskriptivních statistických metod.

V následující části práce jsou pak tyto data interpretována v tabulkách a grafech, přičemž v tabulkách jsou hodnoty uváděny především pomocí absolutní a relativní četnosti (%) s výsledky zaokrouhlenými na dvě desetinná místa. Co se týče grafů, zde jsou získaná data vyjádřena ve formě relativních čísel v procentech (výsečové grafy), popřípadě absolutních čísel (sloupcové grafy).

2.7 Průběh realizace

Před aplikací výzkumných dotazníků vybraným skupinám respondentů bylo zapotřebí podat oficiální žádost managementům obou nemocnic - FN Brno a FN Motol (kopie těchto žádostí jsou přílohou č. 2 a 3), prostřednictvím náměstkyň pro ošetrovatelskou péči, respektive náměstkyň pro nelékařské zdravotnické pracovníky v případě FN Brno. Ze strany FN Motol, zastupovanou Mgr. Janou Novákovou, MBA, byl výzkum obratem schválen a nevyžadoval již žádné další schvalovací řízení. V případě FN Brno se mi taktéž dostalo okamžité odpovědi, avšak dle vyjádření Mgr. Erny Mičudové bylo zapotřebí předat oficiální písemnou žádost na Odbor řízení a organizace FN Brno, který měl na starost organizaci schvalovacího řízení a komunikaci s jednotlivými klinikami, zahrnutými do mé studie. Po jejich souhlasném stanovisku byla žádost vrácena zpět k Mgr. Mičudové, která vydala konečný souhlas s realizací výzkumu.

Samotný výzkum probíhal v průběhu měsíce února 2013 (FN Motol 4. -18. 2. 2013, FN Brno 18. - 28. 2. 2013). V rámci výzkumu bylo prostřednictvím dotazníku osloveno 215 respondentů (rodičů i dětí). Pro získání cenných dat od dětských pacientů bylo zapotřebí souhlasu jejich rodičů a současně jejich aktivní spolupráce při dotazování a zprostředkování odpovědí v případě menších dětí.

2.8 Výsledky výzkumu a jejich analýza - Část pro rodiče

V následující části práce předkládám výsledky vlastního dotazníkového šetření.

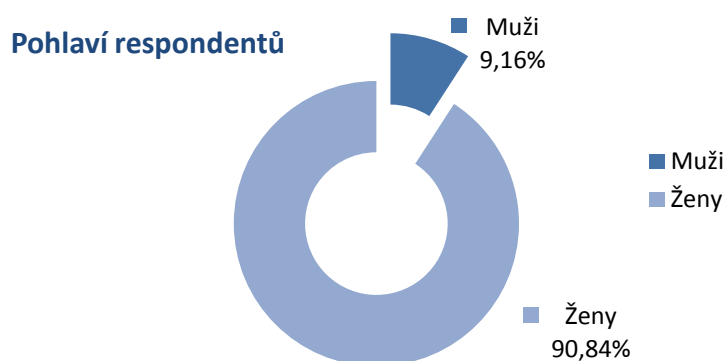
Otázka č. 1 - Jakého jste pohlaví

Z celkového počtu 131 respondentů tvořily ženy 90,84 % (119 respondentů), zatímco muži 9,16 % (12 respondentů).

TAB. 4: Rozdělení respondentů dle pohlaví

Přehled odpovědí		
Pohlaví	Počet respondentů	Procentuálně (%)
Muži	12	9,16%
Ženy	119	90,84%
Celkem	131	100,00%

GRAF 2: Grafické rozdělení respondentů dle pohlaví



Otázka č. 2 - Kolik je Vám let?

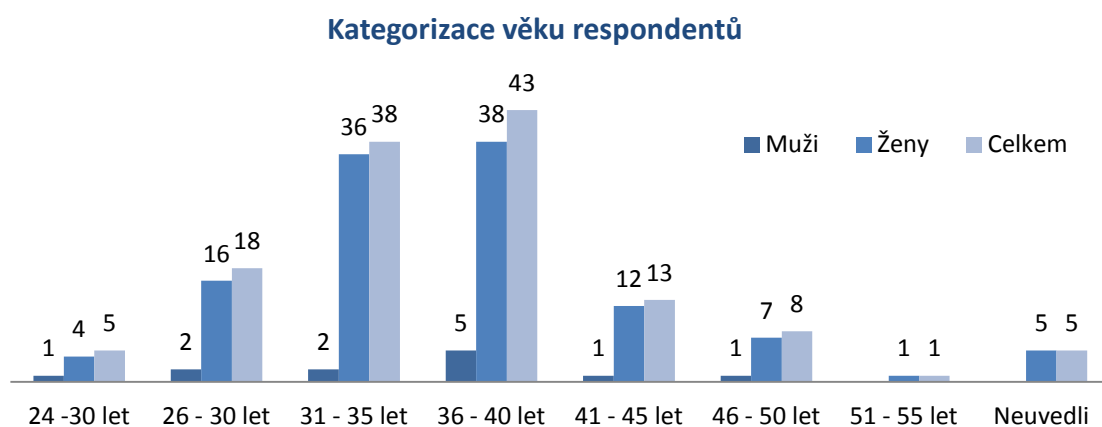
Průměrný věk respondentů činil 35,9 let (muži 35,8 let, ženy 35,9 let). Věkové rozpětí respondentů bylo od 24-55 let. Celkem 5 respondentů svůj věk neuvedlo - do statistického zpracování této otázky tak nebyli zařazeni.

Nejpočetnější skupinu respondentů tvořili rodiče ve věku 36 - 40 let (celkem 43 respondentů, přepočteno na procenta 32,82 %). Ostatní zastoupení respondentů dle věkové kategorie demonstruje následující tabulka a sloupcový graf.

TAB. 5: Rozdělení respondentů dle věku

Kategorizace				
Věková kategorie	Počet respondentů	Procentuálně (%)	Muži	Ženy
21 - 25 let	5	3,82%	1	4
26 - 30 let	18	13,74%	2	16
31 - 35 let	38	29,01%	2	36
36 - 40 let	43	32,82%	5	38
41 - 45 let	13	9,92%	1	12
46 - 50 let	8	6,11%	1	7
51 - 55 let	1	0,76%	-	1
Neuvedli	5	3,82%	-	5
Celkem	131	100,00%	12	119

GRAF 3: Grafické vyjádření respondentů v jednotlivých věkových kategoriích



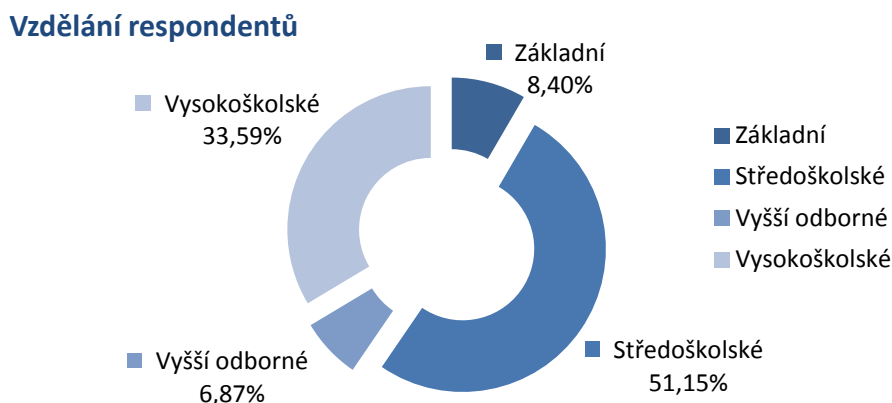
Otázka č. 3 - Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

Nejpočetnější skupinu respondentů (nadpoloviční většinu) tvořili středoškolsky vzdělaní rodiče - celkem 51,15 %. Rodiče s vysokoškolským vzděláním zaujímali 33,59 %, se základním vzděláním 8,40 % a s vyšším odborným vzděláním 6,87 %.

TAB. 6: Rozdělení respondentů dle vzdělání

Přehled odpovědí		
Vzdělání	Počet respondentů	Procentuálně (%)
Základní	11	8,40%
Středoškolské	67	51,15%
Vyšší odborné	9	6,87%
Vysokoškolské	44	33,59%
Celkem	131	100,00%

GRAF 4: Grafické rozdělení respondentů dle vzdělání



Otázka č. 4 - Jste profesí zdravotník?

Cílem otázky č. 4 bylo odlišit dvě skupiny respondentů, tj. respondenty, kteří mají v souvislosti se zdravotnickou profesí širší odborné znalosti v oblasti anesteziologie, zatímco respondenti (nezdravotníci) znalosti tohoto charakteru nemají. K otázce zdravotníků a nezdravotníků se vrátíme později v diskuzi, kdy budeme sledovat, zda jejich profese a s ní související vzdělání nějakým způsobem ovlivnilo jejich vnímání rizik a pocitů obav z anestezie jejich dítěte, případně jak se tyto dvě skupiny od sebe v rámci výzkumu odlišují.

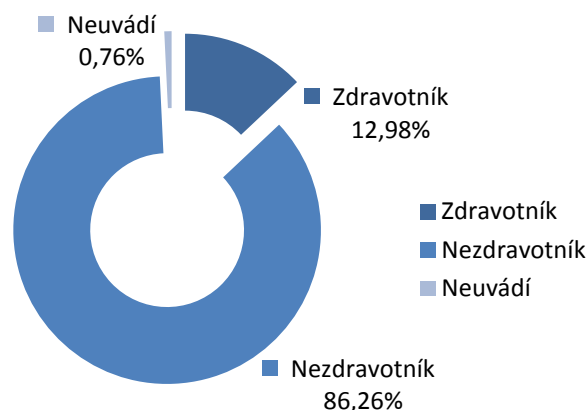
Pochopitelně nejpočetnější skupinu respondentů tvořili rodiče bez předchozího zdravotnického vzdělání - čili nezdravotníci. Jednalo se celkem o 86,26 % respondentů. Zdravotníci, u kterých lze předpokládat odborné znalosti anesteziologické problematiky tvořili 12,98 % respondentů. V jednom případě nebyla otázka respondentem zodpovězena. Tabulka č. 8 popisuje jednotlivě uváděné zdravotnické profese.

TAB. 7: Rozdělení respondentů dle povolání

Přehled odpovědí		
Povolání	Počet respondentů	Procentuálně (%)
Zdravotník	17	12,98%
Nezdravotník	113	86,26%
Neuvádí	1	0,76%
Celkem	131	100,00%

GRAF 5: Grafické rozdělení respondentů dle povolání

Zdravotnické povolání respondentů



TAB. 8: Přehled jednotlivě uváděných zdravotnických profesí respondentů

Přehled odpovědí	
Profese	Počet respondentů
Pomocný zdravotnický pracovník	1
sestra	6
dětská sestra	1
anesteziologická sestra	1
perioperační sestra	1
všeobecná sestra	3
fyzioterapeut	1
porodní asistentka	1
radiologický laborant	1
vědecký pracovník	1
neuvádí	6

Otázka č. 5 - Je někdo ve Vašem nejbližším okolí profesí zdravotník?

Otázka č. 5 byla určena respondentům, kteří v předchozí otázce uvedli jinou, nežli zdravotnickou profesi. Otázka byla položena záměrně, abychom mohli stejně jako v předchozím případě specifikovat skupinu respondentů, kteří mají i mimo nemocniční prostředí přístup k odborným zdravotnickým informacím prostřednictvím svých nejbližších. Jejich vnímání rizik a průběhu anesteziologického zákroku tak může být těmito znalostmi značně ovlivněno.

Otázku zodpovědělo 114 respondentů, jelikož v 17 případech se respondenti (zdravotníci) dle instrukcí záměrně zdrželi odpovědi. Celkem v 10,69 % případů, byli

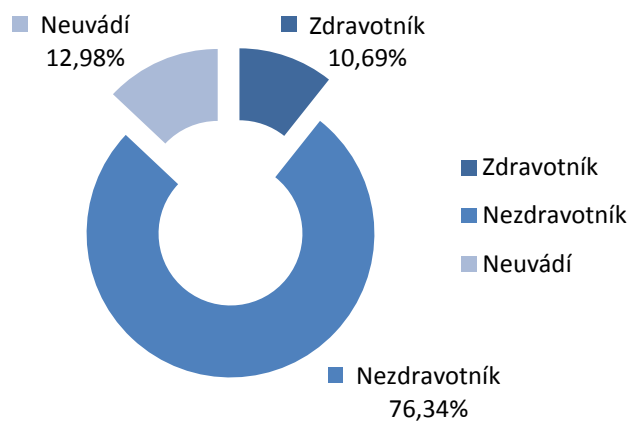
partneři respondentů zdravotnické profese, zatímco v 76,34 % vykonávali nezdravotnickou profesi.

TAB. 9: Rozdělení nejbližšího okolí respondentů dle povolání

Přehled odpovědí		
Povolání	Počet respondentů	Procentuálně (%)
Zdravotník	14	10,69%
Nezdravotník	100	76,34%
Záměrně neuvádí	17	12,98%
Celkem	131	100,00%

GRAF 6: Grafické přehled odpovědí - zdravotnické povolání nejbližšího okolí respondentů

Zdravotnické povolání partnerů



TAB. 10: Přehled jednotlivě uváděných zdravotnických profesí nejbližšího okolí

Přehled odpovědí	
Profese	Počet respondentů
Pomocný zdravotnický pracovník	1
Sestra	6
dětská sestra	1
vrchní sestra	1
všeobecná sestra	4
Lékař	6
specializace neuvedena	2
neurolog	1
radiolog	2
gynekolog	1
Neuvádí	1

Otázka č. 6 - Máte již nějaké předchozí zkušenosti s anestezií?

V 80,92% již měli respondenti nějakou předchozí zkušenost s anestezií, zatímco 19,08% dotázaných nemělo zkušenost žádnou. Jednalo se o otázku typu „multiple choice“, kdy mohli respondenti vybrat více odpovědí současně. Proto jsou výsledky prezentovány pouze ve formě absolutních čísel.

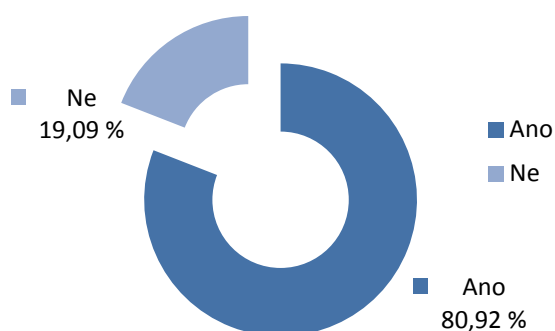
Nejčastěji se jednalo o „vlastní zkušenost s anestezií“ (80 respondentů), dále pak „předchozí zákrok dítěte“ (65 respondentů, *nemuselo se však jednat o totéž dítě zařazené do studie*). Ve 31 případech volili respondenti „zkušenost s anestezií zprostředkovanou příbuznými a známými“. Možnost „jiné“, zvolili 4 respondenti, kteří dále uvedli, že se jednalo o profesní zkušenosti, související se zdravotnickým povoláním o studijní stáž na operačním sále v rámci pregraduální přípravy.

TAB. 11: Předchozí zkušenost s anestezií

Přehled odpovědí		
Odpověď	Počet respondentů	Procentuálně (%)
Ano	106	80,92%
Ne	25	19,08%
Celkem	131	100,00%

GRAF 7: Grafický přehled odpovědí - předchozí zkušenost s anestezií

Předchozí zkušenost s anestezií



TAB. 12: Rozdělení respondentů dle předchozích zkušeností s anestezií

Přehled odpovědí	
Odpověď	Počet odpovědí
Vlastní zkušenost s anestezií	80
Předchozí zákrok mého dítěte	65
Zákrok mého příbuzného, či blízkého	31
Jiné	4

Otázka č. 7 - Kolik let je Vašemu dítěti?

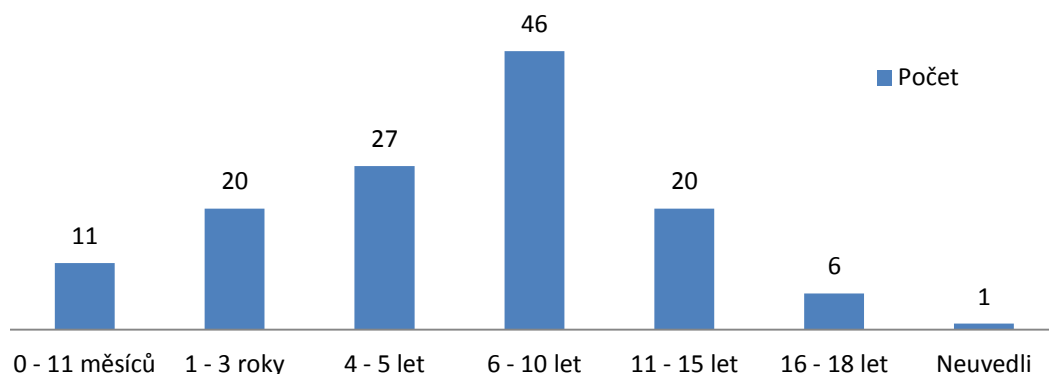
Otázkou č. 7 následovala série otázek vztahující se k hospitalizovanému dítěti, a jejíž otázky měly za cíl charakterizovat vzorek dětských respondentů. Průměrný věk dětských pacientů činil 6,7 let. Nejmladšímu pacientovi byly 2 týdny, nejstaršímu 18 let. V jednom případě nebyl věk dítěte uveden, proto byla tato neúplná odpověď vyřazena ze statistického zpracování. Věk dětí byl kategorizován do jednotlivých věkových skupin (viz TAB. 13)

TAB. 13: Rozdělení dětských respondentů dle věku

Kategorizace		
Věková kategorie	Počet respondentů	Procentuálně (%)
0 - 11 měsíců	11	8,40%
1 - 3 roky	20	15,27%
4 - 5 let	27	20,61%
6 - 10 let	46	35,11%
11 - 15 let	20	15,27%
16 - 18 let	6	4,58%
Neuvedli	1	0,76%
Celkem	131	100,00%

GRAF 8 Grafické rozdělení dětských pacientů - respondentů dle věku

Rozdělení dětských respondentů dle věku



Otázka č. 8 - Vaše dítě bylo do nemocnice přijato?

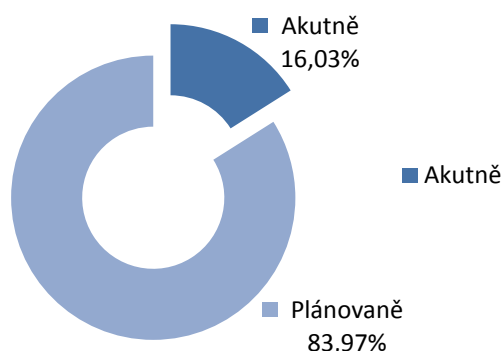
Z celkového počtu 131 dětských pacientů bylo plánovaně přijato k operaci 83,97 %, zatímco v 16,03 % se jednalo o urgentní stavy, vyžadující hospitalizaci akutní.

TAB. 14: Rozdělení dětských respondentů dle charakteru přijetí

Přehled odpovědí		
Věková kategorie	Počet respondentů	Procentuálně (%)
Akutně	21	16,03%
Plánovaně	110	83,97%
Celkem	131	100,00%

GRAF 9: Grafické rozdělení dětských respondentů dle charakteru přijetí

Charakter hospitalizace



Otázka č. 9 - Podrobilo se Vaše dítě již někdy v minulosti anesteziologickému zákroku?

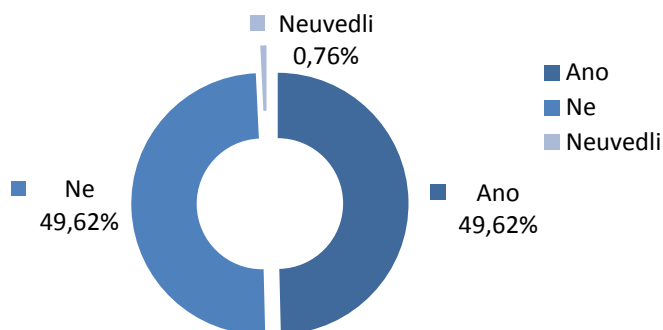
V otázce číslo 9 byli respondenti dotázáni na předchozí anesteziologické zákroky hospitalizovaných dětí. Shodný počet dětí (tj. 65) tvořily ty, které již někdy v minulosti prošly anesteziologickým zákrokem a které byly bez jakékoliv předešlé zkušenosti. Pouze v jednom případě zůstala otázka nezodpovězena. V případě, kdy respondenti uvedli předchozí anestezii dítěte, byli dále dotázáni na počet předchozích zákroků. Zde uváděli různé hodnoty od 1 (tzn. 1 předchozí anestezie), až po poměrně vysoký počet 10 předchozích anesteziologických zákroků. V průměru se však jednalo o 2,90 anestezii.

TAB. 15: Rozdělení dětských respondentů dle předchozích anesteziologických zákroků

Předchozí anesteziologický zákrok dítěte		
Věková kategorie	Počet respondentů	Procentuálně (%)
Ano	65	49,62%
Ne	65	49,62%
Neuvedli	1	0,76%
Celkem	131	100,00%

GRAF 10: Grafické rozdělení dětských respondentů dle předchozích anestezií

Předchozí anesteziologický zákrok dítěte



Otázka č. 10 - Měl/a jste obavy z anestezie Vašeho dítěte?

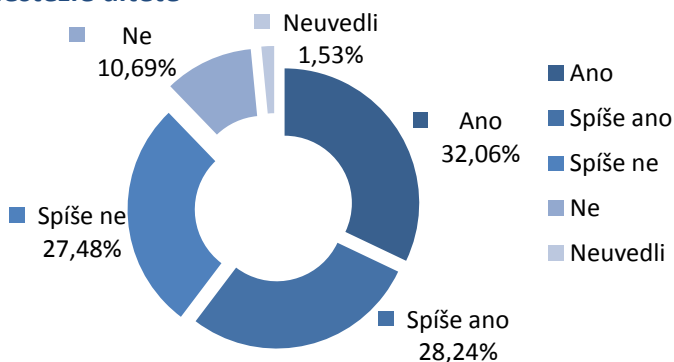
Otázkou č. 10 začíná série dotazů, sledujících rozsah a kvalitu informovanosti rodičů před anestezií. Sečteme - li odpovědi ano a spíše ano, čímž respondenti připustili jisté obavy z anestezie jejich dítěte, jednalo se celkem o 60,30 % dotázaných - tedy nadpoloviční většinu. Ti pak měli v následující otázce možnost tyto své obavy blíže specifikovat. Naopak druhá část respondentů obavy spíše nepocitovala (27,48 %), popřípadě žádné neměla (10,69 %).

TAB. 16: Obavy respondentů - rodičů z anestezie dítěte

Přehled odpovědí		
Odpověď	Počet respondentů	Procentuálně (%)
Ano	42	32,06%
Spíše ano	37	28,24%
Spíše ne	36	27,48%
Ne	14	10,69%
Neuvedli	2	1,53%
Celkem	131	100,00%

GRAF 11: Grafické rozdělení dle pocitů obav z anestezie

Obavy z anestezie dítěte



Otázka č. 11 - Čeho jste se na anestezii nejvíce obával/a?

Otázka č. 11 byla možností otevřené odpovědi. Ze 79 respondentů, kteří v předchozí otázce odpověděli možnostmi - ano, popřípadě spíše ano - odpovědělo na tuto otázku 78. Jednalo se o vlastní pocity a specifikování obav rodičů souvisejících s anestezií. Jednotlivé odpovědi byly roztrženy do kategorií, jejichž přehled demonstruje TAB. 17. Vlastní odpovědi rodičů v originálním znění jsou uvedeny v příloze č. 4.

Jako nejčastější důvod uváděli respondenti obavy z neprobuzení se dítěte z anestezie. Dále pak z nevolnosti a zvracení - související především s bezprostředním pooperačním obdobím po anestezii a na třetím místě byly nejčastěji uváděny možné komplikace v průběhu anestezie. Graf č. 12 prezentuje 5 nejfrekventovanějších odpovědí.

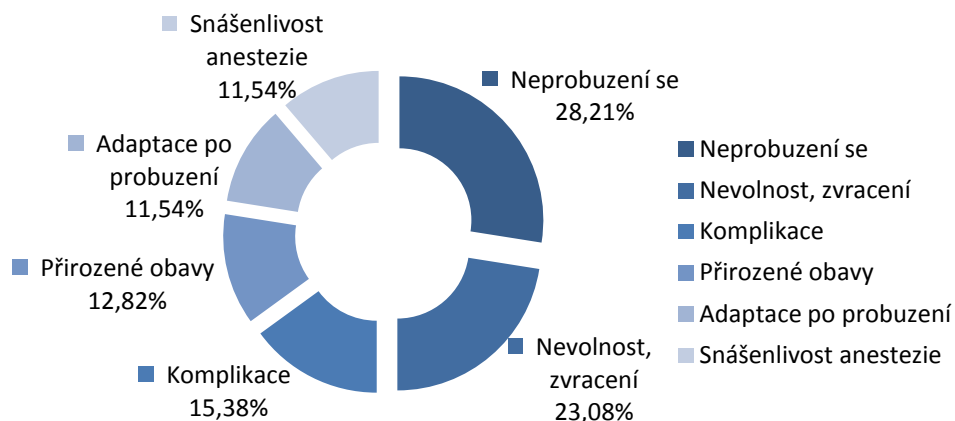
TAB. 17: Přehled nejčastěji uváděných obav respondentů v souvislosti s anestezii

Přehled odpovědí		
Uváděné obavy	Počet respondentů	Procentuálně (%)
Neprobuzení se	22	28,21%
Nevolnost, zvracení	18	23,08%
Komplikace	12	15,38%
Přirozené obavy	10	12,82%
Adaptace po probuzení	9	11,54%
Snášenlivost anestezie	9	11,54%
Vliv anestezie na vývoj CNS	6	7,69%
Problémy s dýcháním	5	6,41%
Vedlejší účinky	5	6,41%
Pooperační komplikace	4	5,13%
Poškození mozku	4	5,13%
Trvalé následky	4	5,13%
Alergická reakce	3	3,85%
Bolest	3	3,85%
Probuzení z anestezie	3	3,85%
Chybná dávka anestetika	2	2,56%
Selhání lidského faktoru	2	2,56%
Agresivita dítěte	1	1,28
Intubace	1	1,28
Krvácení	1	1,28
Neklid dítěte	1	1,28
Neodbornost lékaře	1	1,28
Nežádoucí účinky	1	1,28

Pláč dítěte	1	1,28
Průběh operace	1	1,28
Reakce na nepřítomnost rodiče	1	1,28
Vlastní reakce rodiče	1	1,28
Všeho	1	1,28

GRAF 12: Grafické vyjádření nejčastějších odpovědí respondentů

Přehled pěti nejčastěji uváděných obav rodičů



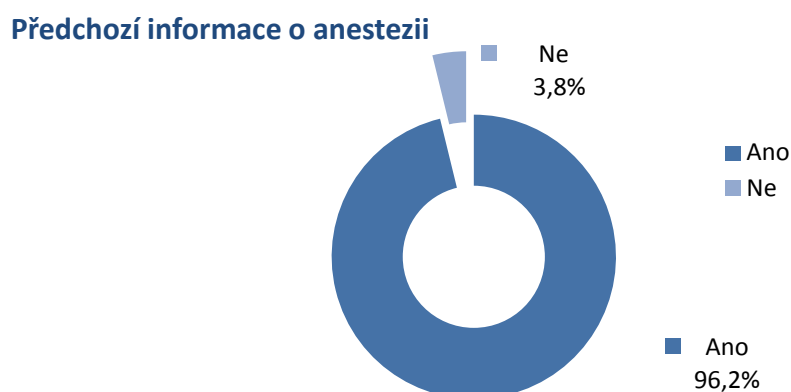
Otázka č. 12 - Setkal/a jste se ve svém okolí již někdy v minulosti se zprávami či informacemi o anestezii?

Celkem 96,18 % respondentů se již někdy v minulosti setkala s informacemi či zprávami o anestezii. Jednotlivé zdroje, prostřednictvím kterých se respondenti o anestezii dozvěděli, předkládá TAB. 19 a 20 následující otázky.

TAB. 18: Rozdělení respondentů dle předchozí informovanosti

Přehled odpovědí		
Odpověď	Počet respondentů	Procentuálně (%)
Ano	126	96,18%
Ne	5	3,82%
Celkem	131	100,00%

GRAF 13: Grafické rozdělení dle předchozí informovanosti



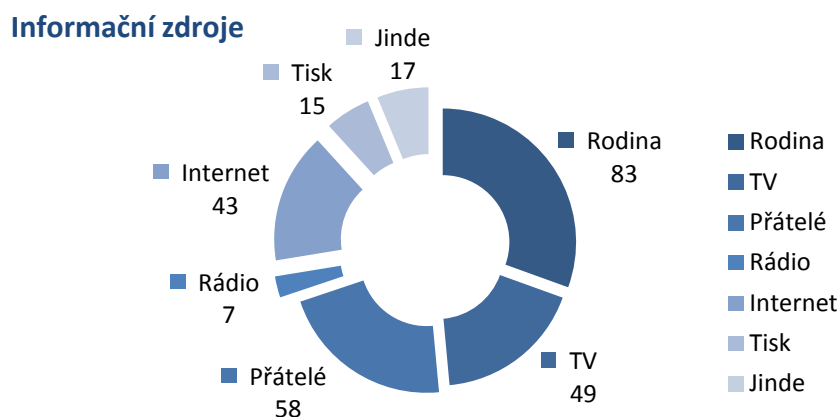
Otázka č. 13 - Kde jste se s nimi setkal/a?

Nejčastější odpovědi respondentů, týkající se předchozí informovanosti o anestezii, byla v 83 případech na prvním místě rodina, tedy informace z nejbližšího okolí respondentů. Nejméně se o anestezii respondenti dozvídali z rádií a tisku. V 17 případech zvolili respondenti možnost „jiné“, kde především zdravotnická část dotázaných uváděla předchozí informace z dob studií a stáží na operačním sále, popřípadě z jejich současného pracoviště. I zde se jednalo o otázku typu „multiple choice“, kdy mohli respondenti vybrat více odpovědí současně. Proto jsou výsledky prezentovány pouze ve formě absolutních čísel.

TAB. 19, 20: Přehled nejčastěji uváděných informačních zdrojů, přehled dalších odpovědí

Přehled informačních zdrojů		Jiné	
Odpověď	Počet respondentů	Odpověď	Počet respondentů
Rodina	83	Na pracovišti	5
TV	49	Při studiu	6
Přátelé	58	U praktického lékaře	2
Rádio	7	Od známých - lékařů	1
Internet	43	Od předchozích lékařů	1
Tisk	15	V nemocnici	2
Jinde	17		

GRAF 14: Grafický přehled informačních zdrojů



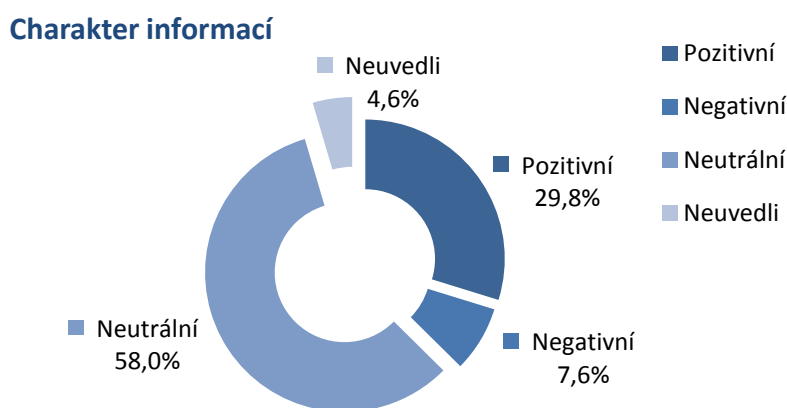
Otázka č. 14 - Jednalo se o informace veskrze:

Otázkou č. 14, dotazující se na charakter zjištěných informací bylo zjištěno, že pouze v 10 případech (7,63 %), vnímali respondenti informace o anestezii negativně, zatímco ve 39 případech veskrze pozitivně (29,77%). Nadpoloviční většina odpovědí (58,02 %) uváděla neutrální charakter informací.

TAB. 21: Přehled odpovědí sledující charakter získaných informací

Charakter informací		
Odpověď	Počet respondentů	Procentuálně (%)
Pozitivní	39	29,77%
Negativní	10	7,63%
Neutrální	76	58,02%
Neuvedli	6	4,58%
Celkem	131	100,00%

GRAF 15: Grafické přehled odpovědí souvisejících s charakterem informací



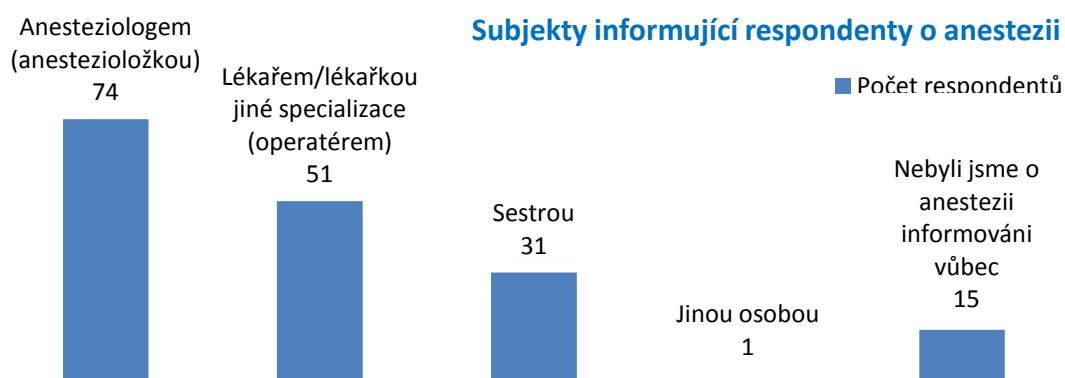
Otázka č. 15 - Kým jste byli v nemocnici o anestezii informováni?

Otázka č. 15 se respondentů dotazuje na subjekty, kterými byli v nemocnici o anestezii informováni. Z výsledků vyplývá, že pouze v 74 případech byli respondenti informováni anesteziologem (56,49 %). V 15 případech (11,45 %) nebyli rodiče o anestezii informováni vůbec, přičemž u 9 z nich se jednalo o plánovaný operační výkon. V jednom případě uvedl respondent navíc možnost edukace jinou osobou, kterou byla kamarádka (zdravotník z tamní nemocnice). Přesné povolání však bohužel uvedeno nebylo. V této otázce měli respondenti opět možnost výběru více odpovědí současně. Proto jsou výsledky prezentovány především ve formě absolutních čísel a pro větší přehlednost vyjádřeny taktéž v relativní četnosti, přepočtené na celkový počet respondentů (tzn. 131).

TAB. 22: Rozdělení dle subjektů informujících respondenty o anestezii

Přehled odpovědí		
Odpověď	Počet respondentů	Procentuálně (%)
Anesteziologem/anestezioložkou	74	56,49%
Lékařem/lékařkou jiné specializace (operátérem)	51	38,93%
Sestrou	31	23,66%
Jinou osobou	1	0,76%
Nebyli jsme o anestezii informováni vůbec	15	11,45%

GRAF 16: Grafický přehled subjektů, informujících respondenty o anestezii



Otázka č. 16 - Uveďte místo, kde jste byli anesteziologem/anestezioložkou o anestezii informováni?

Otázky č. 16 - 23 byly hodnoceny pouze u 74 respondentů, kteří v předešlé otázce uvedli, že byli informováni anesteziologem/anestezioložkou, jelikož se otázky vztahují na kvalitu a hloubku informovanosti rodičů anesteziologickým personálem.

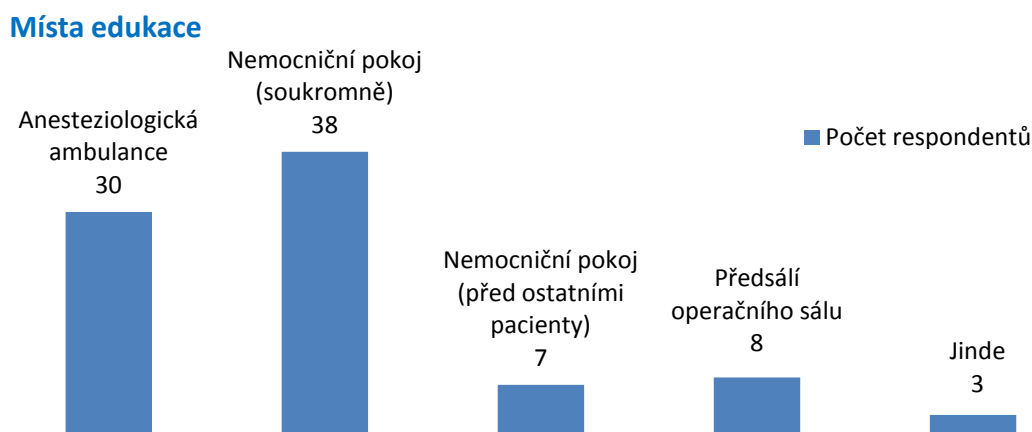
Rodiče měli na výběr více možností odpovědí, proto jsou výsledky vyjádřeny především v absolutních číslech. Relativní četnost je pak přepočítána na počet 74 respondentů, odpovídajících na tuto sérii otázek, které představují 100 %.

Ve většině případů (51,35 %) byli rodiče informováni v soukromí nemocničního pokoje a dále pak ve více jak 40 % v rámci anesteziologické ambulance. 10,81 % respondentů uvedlo prvotní kontakt s anesteziologem na předsálí operačního sálu, kde pouze ve třech případech se jednalo o akutní hospitalizaci, zatímco ve zbylých šesti o plánovanou hospitalizaci. Celkem tři respondenti uvedli jinou možnost, kde dva z nich byli informováni na sesterně a jeden respondent na Anesteziologicko resuscitačním oddělení v souvislosti s akutním zákrokem.

TAB. 23: Místo edukace

Přehled odpovědí		
Odpověď	Počet respondentů	Procentuálně (%)
Anesteziologická ambulance	30	40,54%
Nemocniční pokoj (soukromně)	38	51,35%
Nemocniční pokoj (před ostatními pacienty)	7	9,46%
Předsálí operačního sálu	8	10,81%
Jinde	3	4,05%

GRAF 17: Grafický přehled odpovědí - místo edukace



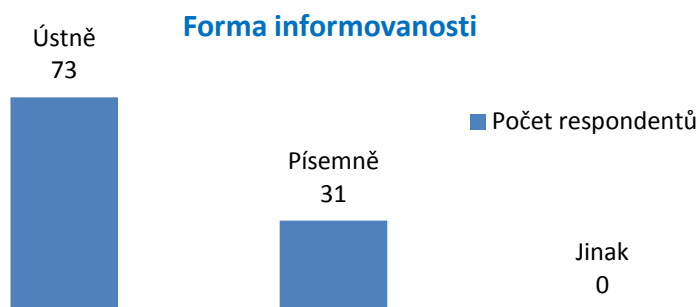
Otázka č. 17 - Jakým způsobem Vám byly poskytnuty informace o anestezii?

Opět se jednalo o možnost více odpovědí, statistické vyhodnocení odpovědí tedy probíhalo obdobně jako v předchozím případě. Z výsledků vyplývá, že ústně bylo informováno 98,65 % respondentů, zatímco písemnou formou pouhých 41,89 %. Je otázkou, zda skutečně obdrželo písemnou formu souhlasu jen 41,89 % respondentů (viz diskuze).

TAB. 24: Forma podaných informací o anestezii

Forma podaných informací		
Odpověď	Počet respondentů	Procentuálně (%)
Ústně	73	98,65%
Písemně	31	41,89%
Jinak	0	0,00%

GRAF 18: Grafický přehled odpovědí souvisejících s formou informovanosti



Otázka č. 18 - Byla pro Vás forma podaných informací srozumitelná?

Celkem 71 dotázaných (95,95 %) považovalo formu sdělených informací za srozumitelnou. Pouze ve dvou případech (2,70 %) byly informace pro respondenty nesrozumitelné a v jednom případě chyběla odpověď zcela. Respondenti, pro které byly informace nesrozumitelné, měli svou odpověď blíže specifikovat. Zde jsou jejich odpovědi:

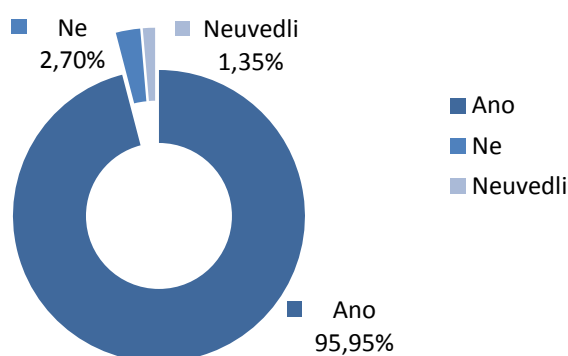
- Otevřená odpověď týkající se trvalých následků
- Uvítala bych větší výklad, nebyl na něj ale čas (pozn.: jednalo se o informace poskytnuté anesteziologem na předšálí operačního sálu v rámci plánovaného operačního výkonu).

TAB. 25: Srozumitelnost podaných informací

Přehled odpovědí		
Odpověď	Počet respondentů	Procentuálně (%)
Ano	71	95,95%
Ne	2	2,70%
Neuvedli	1	1,35%
Celkem	74	100,00%

GRAF 19: Grafický přehled - srozumitelnost podaných informací

Srozumitelnost podaných informací



Otázka č. 19 - Pokud jste v předchozí otázce odpověděli NE, měli jste v průběhu rozhovoru možnost se na případné nejasnosti dotázat?

Dotaz byl směřován na respondenty, pro které byly informace poskytnuté anesteziologem nesrozumitelné. Tito dva respondenti však na otázku odpověděli odlišně - zatímco jednomu respondentovi byla nabídnuta možnost dotazu, druhému nikoliv. Rozhovor byl tak ze strany lékaře jednostranný.

Otázka č. 20 - Při svém rozhovoru s anesteziologem/anestezioložkou jste mluvili o:

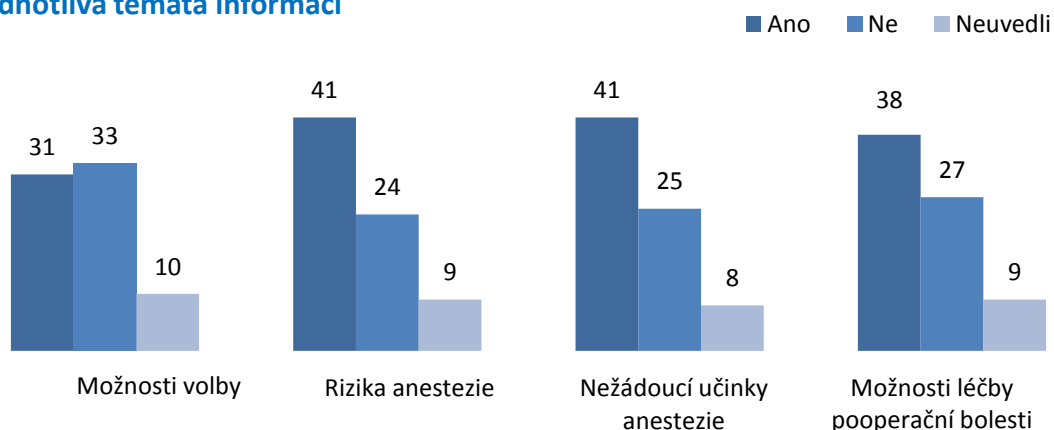
Otázka č. 20 byla opět otázkou s možností více odpovědí. Dotazovala se respondentů na jednotlivá témata, která byla při rozhovoru s anesteziologem zmíněna. Absolutní a relativní četnost odpovědí demonstruje TAB. 26, kde nejvíce respondentů bylo informováno o rizicích a nežádoucích účincích anestezie (55,41 %).

TAB. 26: Informovanost o jednotlivých tématech anesteziologického rozhovoru

Přehled odpovědí						
Možnosti odpovědí	Ano	%	Ne	%	Neuvedli	%
Možnosti volby typu anestezie	31	41,89%	33	44,59%	10	13,51%
Rizika anestezie	41	55,41%	24	32,43%	9	12,16%
Nežádoucí účinky anestezie	41	55,41%	25	33,78%	8	10,81%
Možnosti léčby pooperační bolesti	38	51,35%	27	36,49%	9	12,16%

GRAF 20: Grafický přehled odpovědí - témata anesteziologického rozhovoru

Jednotlivá témata informací



Otázka č. 21 - Jaká rizika se Vám zpětně z rozhovoru vybavují?

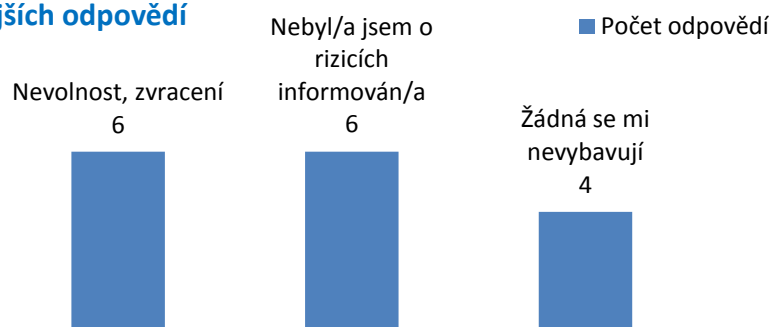
Otázka č. 21 byla typem otevřené otázky, na kterou však odpovědělo pouze 33,78 % respondentů. V ostatních případech (66,22 %) nechali respondenti otázku nezodpovězenou. Jelikož se jednalo o více různorodých odpovědí, bylo proto nutné z důvodu statistického zpracování jednotlivé odpovědi roztřídit a kategorizovat (viz. GRAF. 21). Autentické odpovědi rodičů uvádím níže.

TAB. 27: Rizika anestezie

Přehled odpovědí		
Odpověď	Počet respondentů	Procentuálně (%)
Uvedli	25	33,78%
Neuvedli	49	66,22%
Celkem	74	100,00%

GRAF 21: Grafický přehled nejčastějších odpovědí

Přehled nejčastějších odpovědí



Přehled vlastních odpovědí respondentů

- Riziko aspirace, riziko znovu nastoupení účinku anestetika
- Nevolnost, zvracení
- Při anestezii delší jak 2 hodiny může dojít u dítěte do 1 roku k dočasnému zpomalení vývoje mozku
- Teď mě nic nenapadá, bohužel
- Žádná o rizicích jsme se nebavili, jenom jakou formou proběhne
- Nevolnost, zvracení, chrapt, bolest v krku, únava - při celkové anestezii
- Nebyla jsem informována o rizicích
- Zvracení, dušení, ochrnutí
- Nevhodná anestezie k určitému výkonu
- Rozhovor se netýkal žádných rizik (obsahoval jen informace, od kdy dítě nesmí jíst a pít)
- Zvracení, nevolnost, bolest hlavy
- Zvracení po anestezii
- Riziko častých opakovaných anestezií a souvislost s možnými následky. Odpověď mohou a nemusí nastat je příliš alibistická
- Nevybavuji si žádná rizika, pochopila jsem, že bez anestezie to není možné, že nejdůležitější je, aby si člověk byl jistý, že ten zákrok bude k lepšímu a pomůže i že anestezie bude stát za to. (cizinka)
- Při probírání z anestezie je dítě ještě utlumeno, ale když uvidí matku, tak s ní chce být v kontaktu, ale ještě toho není schopno.
- Žádná se mi nevybavují

- O možných rizicích po anestezii nebyla řeč, byli jsme s lékařem seznámeni (ústně i písemně) s medikací
- Anestezioložka žádná rizika neuváděla
- Zvracení, špatné buzení
- Nevlnost po probnutí se
- Z rozhovoru žádná, předchozí anestezie bez problémů
- Rizika prý nejsou
- V rozhovoru nebyla rizika prakticky zmíněna, po dotazu bylo řečeno, že nejsou
- Poranění při zavedení tubusu
- Probuzení po anestezii

Otázka č. 22 - Zmírnil rozhovor s anesteziologem/anestezioložkou Vaše dosavadní obavy z anestezie Vašeho dítěte?

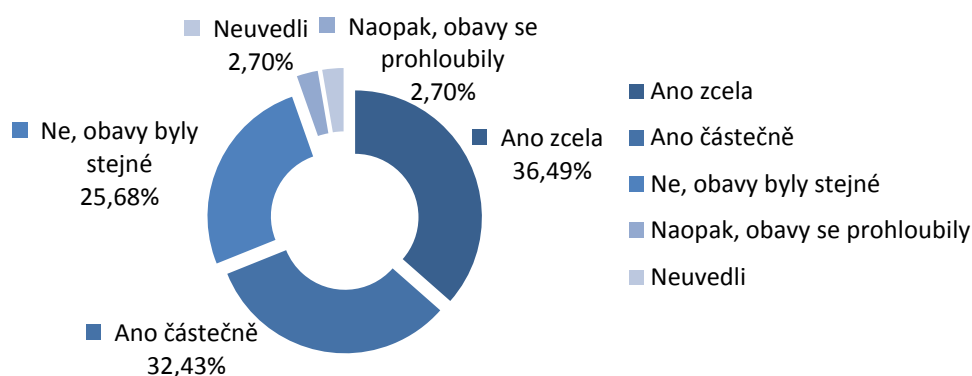
V souvislosti s anesteziologickým rozhovorem uvedlo 36,49 % respondentů, že poskytnuté informace zcela zmírnily jejich obavy z anestezie. Pouze ve dvou případech (2,70 %) měl rozhovor opačný efekt a obavy se prohloubily.

TAB. 28: Efektivita anesteziologického rozhovoru

Přehled odpovědí		
Odpověď	Počet respondentů	Procentuálně (%)
Ano zcela	27	36,49%
Ano částečně	24	32,43%
Ne, obavy byly stejné	19	25,68%
Naopak, obavy se prohloubily	2	2,70%
Neuvedli	2	2,70%
Celkem	74	100,00%

GRAF 22: Grafický přehled odpovědí - efektivita anesteziologického rozhovoru

Zmírnění obav po anesteziologickém rozhovoru



Otázka č. 23 - Jak jste byl/a spokojen/a s přístupem anesteziologického personálu k Vaší osobě?

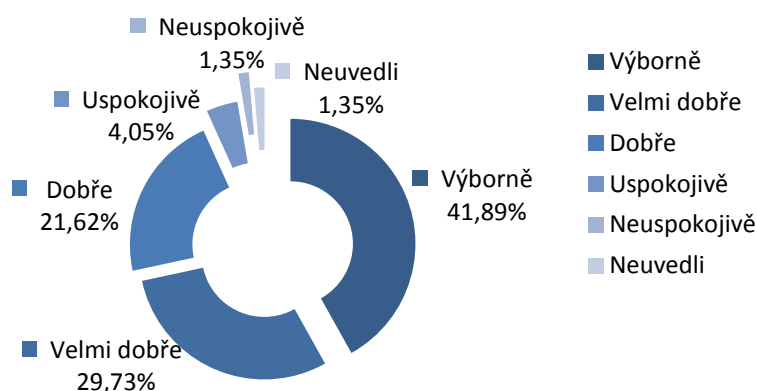
Celkově 41,89 % respondentů hodnotilo přístup anesteziologického personálu známkou - výborně. Ve 29,73 % velmi dobře a pouze v 1 případě (1,35%) považoval respondent přístup za neuspokojivý.

TAB. 29: Spokojenost respondentů s přístupem anesteziologického personálu

Přehled odpovědí		
Odpověď	Počet respondentů	Procentuálně (%)
Výborně	31	41,89%
Velmi dobře	22	29,73%
Dobře	16	21,62%
Uspokojivě	3	4,05%
Neuspokojivě	1	1,35%
Neuvedli	1	1,35%
Celkem	74	100,00%

GRAF 23: Grafický přehled odpovědí - spokojenost s anesteziologickým personálem

Spokojenost s anesteziologickým personálem



Otázka č. 24 - Jakým způsobem byly poskytnuty informace o anestezii Vašemu dítěti?

S ohledem na věk dítěte respondentů byla tato otázka vyhodnocena ze 131 odpovědí pouze u 94 respondentů, jejichž dítěti bylo 5 a více let. U mladších dětí rodiče pochopitelně uváděli, že dítě od nikoho žádné informace neobdrželo, jelikož je příliš malé. Aby těmito odpověďmi nedošlo ke zkreslení výsledků výzkumu, sledujícího

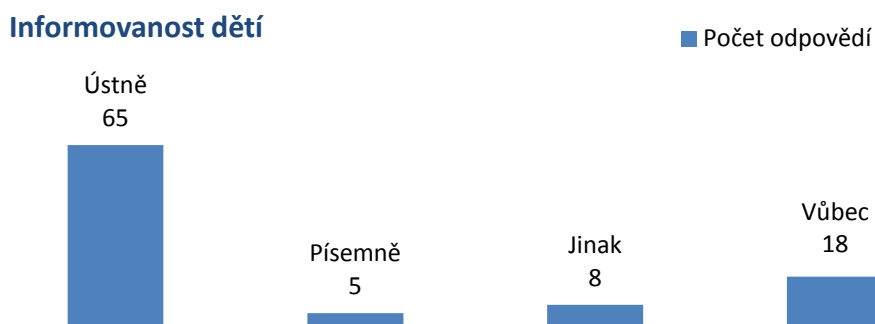
především informovanost dětí starších 5 let, byla tato otázka vyhodnocena pouze u dětí, splňujících tuto věkovou hranici.

V 69,15 % byly děti informovány převážně ústní formou, zatímco v 19,15 % nebyly o anestezii informovány vůbec. V 8 případech (8,51 %) obdržely informaci jiným způsobem (viz. níže).

TAB. 30: Forma informovanosti dětských pacientů

Přehled odpovědí		
Odpověď	Počet respondentů	Procentuálně (%)
Ústně	65	69,15%
Písemně	5	5,32%
Jinak	8	8,51%
Od nikoho žádné informace neobdrželo	18	19,15%

GRAF 24: Grafický přehled odpovědí - forma informovanosti dětí



Přehled vlastních odpovědí rodičů v případě odpovědi - JINÉ

- Dítě nebylo ve stavu, aby mu někdo podával informace, aby vnímalo
- Názorně - nasazování masky, foukání
- Ústně sestrou jednoduše
- Informace se poskytují rodičům, nikoliv dětem (nerelevantní)
- Nevím
- Ukázkou na medvídkovi
- Informace odposlechlo z rozhovoru rodiče a anesteziologa
- Rozhovor s babičkou, sestrou a maminkou

Otázka č. 25 - Považujete za důležité, aby bylo dítě taktéž informováno o léčebné proceduře? (v tomto případě o průběhu anestezie)

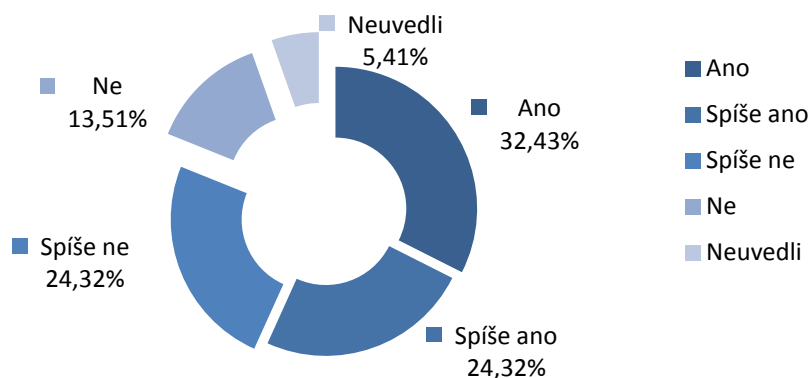
Stejně jako v předchozím případě, i zde bylo třeba rozlišit respondenty podle věku dítěte, jelikož se jejich odpovědi značně rozcházejí s odpověďmi rodičů dětí starších 5 let. Proto byla otázka vyhodnocena u obou skupin zvlášť. Z výsledků, které demonstruje TAB. 31 vychází jednoznačně najevo zájem rodičů o informovanost dětí starších 5 let (56,38 %), zatímco v případě rodičů mladších dětí tak jednoznačné výsledky nejsou.

TAB. 31: Názor rodičů na informovanost dětí

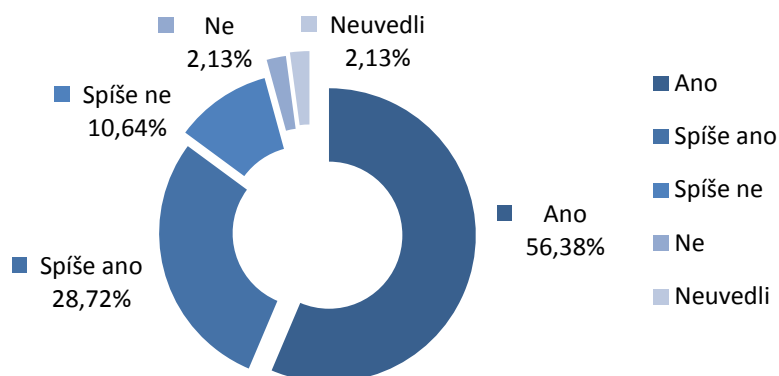
Názory rodičů na informovanost dětí		
Odpověď	Počet respondentů	Procentuálně (%)
Odpovědi respondentů dětí mladších 5 let		
Ano	12	32,43%
Spíše ano	9	24,32%
Spíše ne	9	24,32%
Ne	5	13,51%
Neuvedli	2	5,41%
Celkem	37	100,00%
Odpovědi respondentů dětí ve věku 5 a více let		
Ano	53	56,38%
Spíše ano	27	28,72%
Spíše ne	10	10,64%
Ne	2	2,13%
Neuvedli	2	2,13%
Celkem	94	100,00%

GRAF 25,26: Grafický přehled odpovědí - názory rodičů na informovanost dětí

Odpovědi respondentů dětí mladších 5 let



Odpovědi respondentů dětí ve věku 5 a více let



Otázka č. 26 - Nabídl Vám někdo ze zdravotníků informace o anestezii v tištěné podobě? (Například formou informační brožury/letáku)

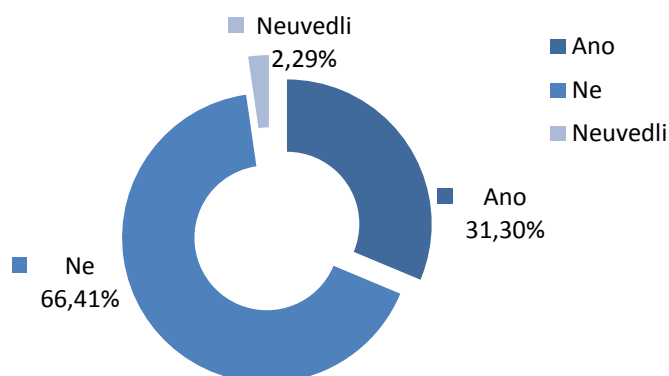
Informace o anestezii ve formě tištěných materiálů obdrželo pouze 31,30 % respondentů, zatímco zbylých 66,41 % nikoliv.

TAB. 32: Dostupnost tištěných informačních materiálů

Přehled odpovědí		
Odpověď	Počet respondentů	Procentuálně (%)
Ano	41	31,30%
Ne	87	66,41%
Neuvedli	3	2,29%
Celkem	131	100,00%

GRAF 27: Grafický přehled odpovědí - nabídka tištěných informačních materiálů

Dostupnost tištěných informačních materiálů



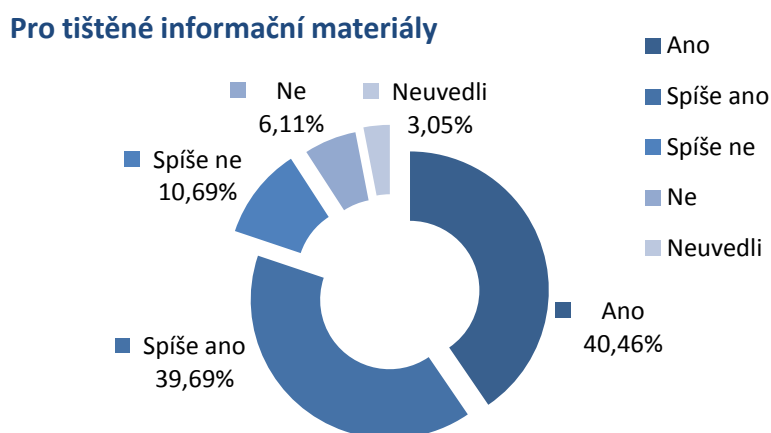
Otázka č. 27 - Považujete za důležité mít takto ucelené - tištěné informace k dispozici?

Na dotaz, zda považují respondenti za důležité mít k dispozici tištěné informační materiály, odpovědělo jednoznačně ano 40,46 %, zatímco spíše ano 39,69 % respondentů. V 6,11 % nepovažují respondenti tištěné materiály za důležité.

TAB. 33: Rozdělení respondentů dle názoru na tištěné informační materiály

Přehled odpovědí		
Odpověď	Počet respondentů	Procentuálně (%)
Ano	53	40,46%
Spíše ano	52	39,69%
Spíše ne	14	10,69%
Ne	8	6,11%
Neuvedli	4	3,05%
Celkem	131	100,00%

GRAF 28: Grafický přehled odpovědí - důležitost tištěných informačních materiálů



Otázka č. 28 - Nebo byste spíše uvítali oficiální webové stránky určené rodičům a dětem, zabývající se dětskou anesteziologií? (Pod záštitou ČSARIM)

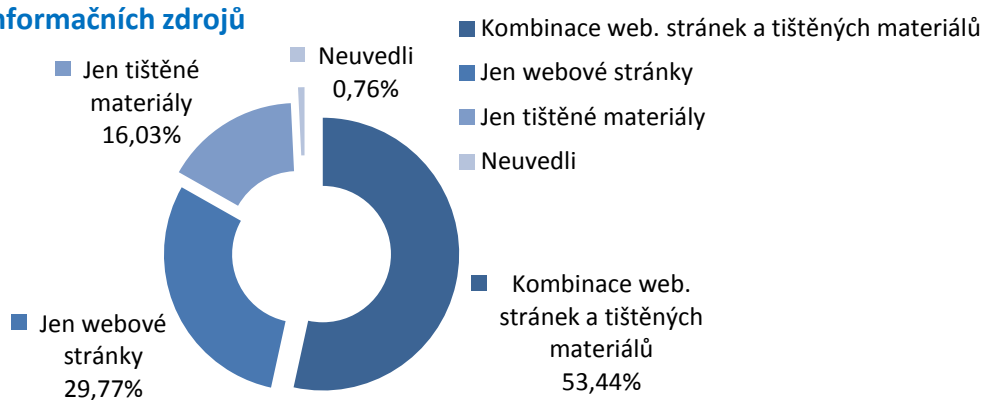
Nadpoloviční většina respondentů (53,44 %) by uvítala kombinaci tištěných informačních materiálů společně s oficiálními webovými stránkami specializovanými na dětskou anesteziologii. V dalších 29,77 % by uvítali převážně webovou prezentaci a v 16,03 % pouze tištěné materiály, jejichž forma je respondentům bližší.

TAB. 34: Preferovaná forma informačních materiálů

Přehled odpovědí		
Odpověď	Počet respondentů	Procentuálně (%)
Uvítal bych kombinaci obou zmiňovaných zdrojů	70	53,44%
Ano, je to praktičtější - veškeré informace lze dnes najít na internetu	39	29,77%
Ne, tištěná brožura/leták je mi bližší	21	16,03%
Neuvedli	1	0,76%
Celkem	131	100,00%

GRAF 29: Grafický přehled odpovědí - preferovaná forma informačních zdrojů

Forma informačních zdrojů



Otázka č. 29 - I přes veškeré informace poskytnuté anesteziologem, vyhledávali jste později další dodatečné informace o anestezii na internetu?

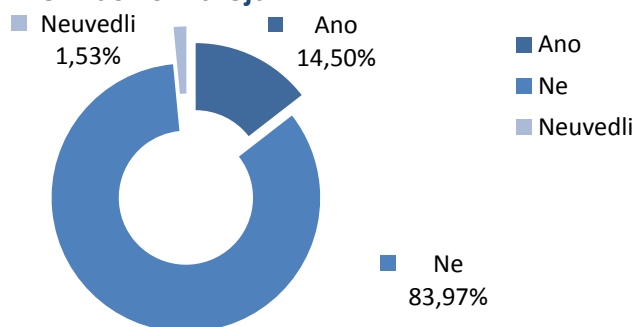
Pouze 14,50 % respondentů vyhledalo dodatečné informace o anestezii prostřednictvím internetu, zatímco zbylých 83,97 % respondentů žádné další informace nevyhledávalo.

TAB. 35: Rozdělení respondentů dle využití internetových informačních zdrojů

Přehled odpovědí		
Odpověď	Počet respondentů	Procentuálně (%)
Ano	19	14,50%
Ne	110	83,97%
Neuvedli	2	1,53%
Celkem	131	100,00%

GRAF 30: Grafický přehled odpovědí - preferovaná forma informačních zdrojů

Využití internetových informačních zdrojů



Otázka č. 30 - Vyhledávali jste primárně informace, nebo zkušenosti rodičů s anestezií jejich dítěte?

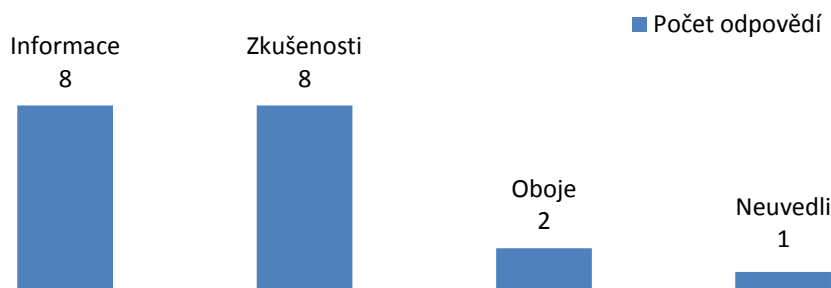
Z 19 respondentů, kteří využili možnost vyhledání informací prostřednictvím internetu, hledalo 8 respondentů (42,11 %) primárně informace a stejný počet respondentů primárně zkušenosti rodičů. Ve 2 případech (11,53 %) pak rodiče vyhledávali kombinaci obou těchto zdrojů.

TAB. 36: Rozdělení respondentů podle vyhledávaných informací

Přehled odpovědí		
Odpověď	Počet respondentů	Procentuálně (%)
Informace	8	42,11%
Zkušenosti	8	42,11%
Oboje	2	10,53%
Neuvedli	1	5,26%
Celkem	19	100,00%

GRAF 31: Grafický přehled odpovědí - primární vyhledávané informace

Vyhledání dodatečných informací



Otázka č. 31 - Vyhledávali jste i v jiných informačních zdrojích?

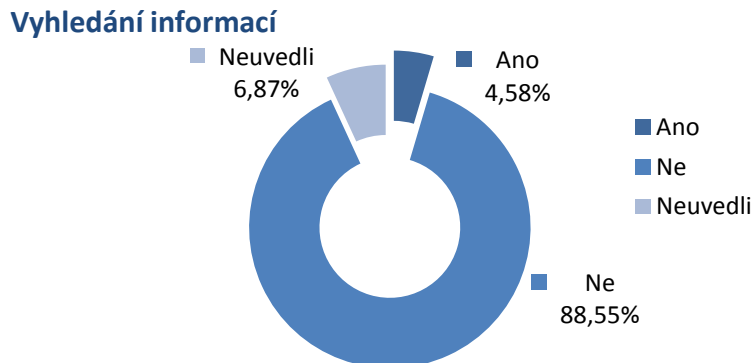
Na dotaz, zda respondenti využili i jiné informační zdroje než internetové, odpovědělo kladně pouze 4,58 % respondentů. Jednotlivě uváděné zdroje prezentuje TAB. 38. Zbylá část respondentů nevyužila jiných informačních zdrojů (88,55 %), případně v 6,87 % na otázku neodpověděla vůbec.

TAB. 37, 38: Rozdělení respondentů dle využití jiných informačních zdrojů / Přehled uvedených zdrojů

Dodatečné vyhledání informací		
Odpověď	Počet respondentů	Procentuálně (%)
Ano	6	4,58%
Ne	116	88,55%
Neuvedli	9	6,87%
Celkem	131	100,00%

Jiné zdroje informací	
Odpověď	Počet respondentů
TV dokumenty o anestezii	1
Zdravotní personál a rodiče se zkušenostmi	1
Zkušenosti kamarádky lékařky	1
Neuvádí	3

GRAF 32: Grafický přehled odpovědí - využití jiných informačních zdrojů



Otázka č. 32 - Jakou formu informovanosti rodičů považujete za nejefektivnější?

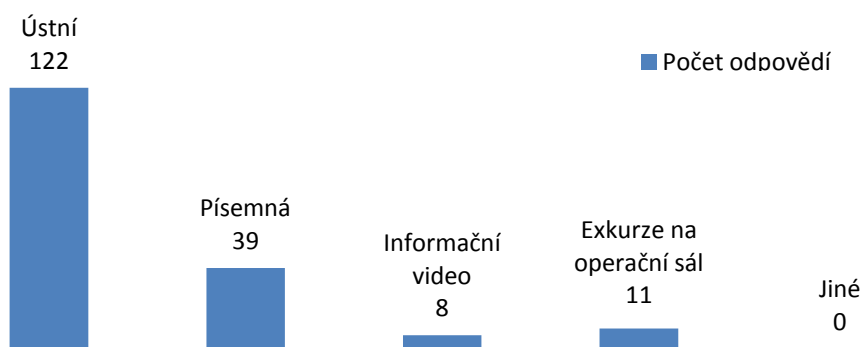
Otázkou č. 32 začíná série otázek sledujících názory rodičů na zlepšení současné klinické praxe. Ačkoliv měli rodiče vybrat pouze jednu z vybraných forem, ve 32,06 % zvolili více odpovědí. Proto byly odpovědi rodičů rozděleny na ty, které byly vybrány jednotlivě a ty, které byly v kombinacích s jinými. Tabulka pak uvádí celkovou frekvenci odpovědí, kde v 93,13 % preferují rodiče ústní formu informovanosti - čili rozhovor, případně ve 29,77 % formu písemnou. Dále viz TAB. 39.

TAB. 39: Preferovaná forma informovanosti rodičů

Přehled odpovědí				
Odpověď	Počet respondentů	Procentuálně (%)	Celkový počet i s kombinacemi	Procentuálně (%)
Jednotlivě				
Ústní	80	61,07%	122	93,13%
Písemná	3	2,29%	39	29,77%
Informační video	2	1,53%	8	6,11%
Exkurze na operační sál	4	3,05%	11	8,40%
Jiné	0	0,00%	0	0,00%
Celkem	89	67,94%	-	-
Kombinace				
Ústní / Písemná	30	22,90%		
Ústní / Video	3	2,29%		
Ústní / Exkurze	2	1,53%		
Ústní / Písemná / Video	2	1,53%		
Ústní / Písemná / Exkurze	4	3,05%		
Ústní / Video / Exkurze	1	0,76%		
Celkem	42	32,06%		
Celkem	131	100,00%		

GRAF 33: Grafický přehled odpovědí - preferovaná forma informovanosti rodičů

Preferované formy informovanosti rodičů



Otázka č. 33 - Jakou formu informovanosti dětí považujete za nejefektivnější?

Tak jako v předešlé otázce i zde bylo nutné rozdělení odpovědí. Celkově se respondenti shodli na ústní formě poskytnutých informací (83,97 %), oproti předešlé otázce však na druhém místě preferují informační video před písemnou formou informací. Rozdíl je však nepatrný (4,58 %).

TAB. 40: Preferovaná forma informovanosti dětí

Přehled odpovědí				
Odpověď	Počet respondentů	Procentuálně (%)	Celkový počet i s kombinacemi	Procentuálně (%)
Jednotlivě				
Ústní	88	67,18%	110	83,97%
Písemná	2	1,53%	14	10,69%
Informační video	11	8,40%	20	15,27%
Exkurze na operační sál	5	3,82%	13	9,92%
Jiné	2	1,53%	2	1,53%
Celkem	108	82,44%	-	-
Kombinace				
Ústní / Písemná	9	6,87%		
Ústní / Video	4	3,05%		
Ústní / Exkurze	4	3,05%		
Ústní / Písemná / Video	2	1,53%		
Ústní / Písemná / Exkurze	1	0,76%		
Ústní / Video / Exkurze	2	1,53%		
Video / Exkurze	1	0,76%		
Celkem	23	17,56%		
Celkem	131	100,00%		

GRAF 34: Grafický přehled odpovědí - preferovaná forma informovanosti dětí

Preferované volby informovanosti dětí



Otázka č. 34 - Je podle Vás přínosné vytvořit dětskou informační brožuru? (Pro malé například formou pohádkového příběhu)

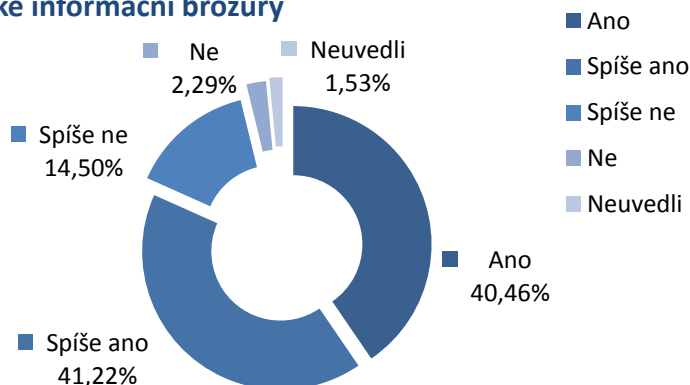
Na dotaz, zda rodiče vidí přínos ve vytvoření dětské informační brožury, odpovědělo jednoznačně ano 40,49 % respondentů, pro spíše ano 41,22 %. Celkově tedy v 81,68 % by rodiče uvítali takto dostupné materiály pro děti. Pouze ve 2,29 % nevidí respondenti žádný významnější přínos vytvořením dětských informačních materiálů.

TAB. 41: Názory rodičů na vytvoření tištěných informačních materiálů pro děti

Přehled odpovědí		
Odpověď	Počet respondentů	Procentuálně (%)
Ano	53	40,46%
Spíše ano	54	41,22%
Spíše ne	19	14,50%
Ne	3	2,29%
Neuvedli	2	1,53%
Celkem	131	100,00%

GRAF 35: Grafický přehled odpovědí - názory rodičů na vytvoření tištěných informačních materiálů pro děti.

Vytvoření dětské informační brožury



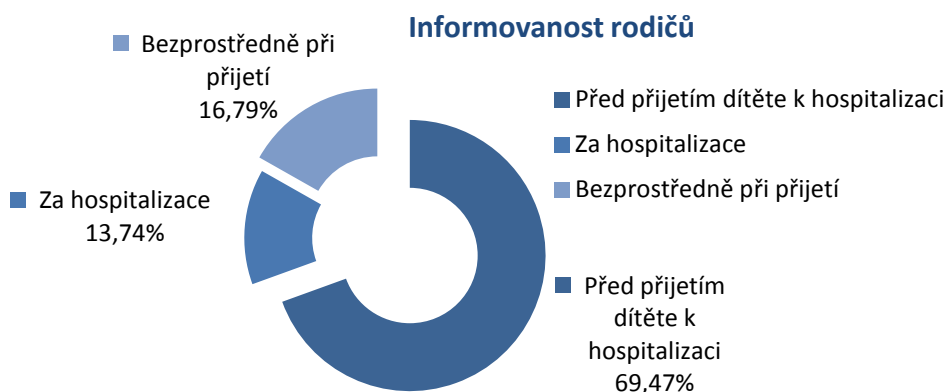
Otázka č. 35 - Kdy je podle Vás nejvhodnější informovat rodiče o anestezii?

Podle 69,47 % respondentů je nejvhodnější dobou k informovanosti rodičů o anestezii období před samotným přijetím dítěte k hospitalizaci. Rozdíl, mezi informovaností bezprostředně po přijetí, nebo kdykoli v průběhu hospitalizace je podle respondentů minimální.

TAB. 42: Nejvhodnější období k informovanosti rodičů

Přehled odpovědí		
Odpověď	Počet respondentů	Procentuálně (%)
Před přijetím dítěte k hospitalizaci	91	69,47%
Za hospitalizace	18	13,74%
Bezprostředně při přijetí	22	16,79%
Není třeba informovat	0	0,00%
Celkem	131	100,00%

GRAF 36: Grafický přehled odpovědí - názory respondentů na načasování informovanosti rodičů



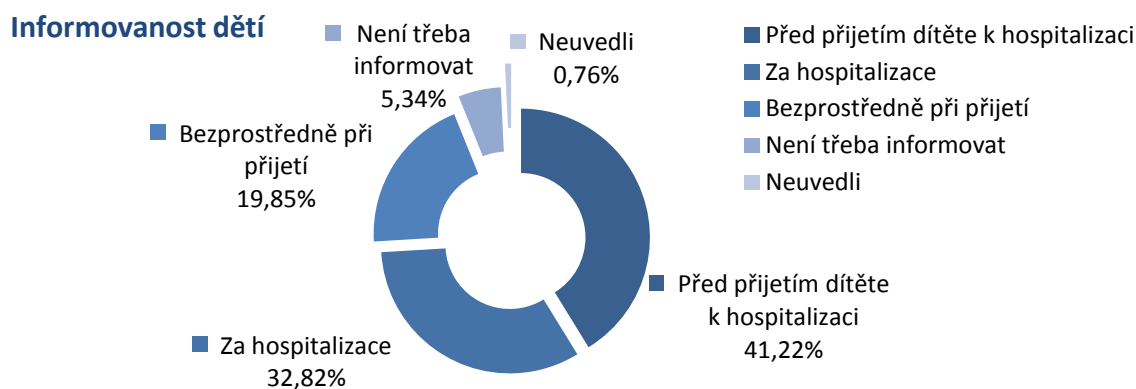
Otázka č. 36 - Kdy je podle Vás nevhodnější informovat děti o anestezii?

Podle rodičů je nevhodnější dobou k informovanosti dětí taktéž období před přijetím dítěte do nemocnice (41,22 %). Zatímco v předešlé otázce rodiče nedělali rozdíl mezi informováním bezprostředně po přijetí či v průběhu hospitalizace, v otázce dětí se však přiklání spíše k druhé variantě - za hospitalizace. V 7 případech (5,34 %) nepovažují respondenti informovanost dětí za důležitou.

TAB. 43: Rozdělení respondentů dle názoru na informovanost dětí

Informovanost dětí		
Odpověď	Počet respondentů	Procentuálně (%)
Před přijetím dítěte k hospitalizaci	54	41,22%
Za hospitalizace	43	32,82%
Bezprostředně při přijetí	26	19,85%
Není třeba informovat	7	5,34%
Neuvedli	1	0,76%
Celkem	131	100,00%

GRAF 37: Grafický přehled odpovědí - názory respondentů na informovanost dětí



Otázka č. 37 - Chtěli byste být po celou dobu se svým dítětem až do jeho usnutí na operačním sále a následně při jeho bezprostředním probuzení po operaci?

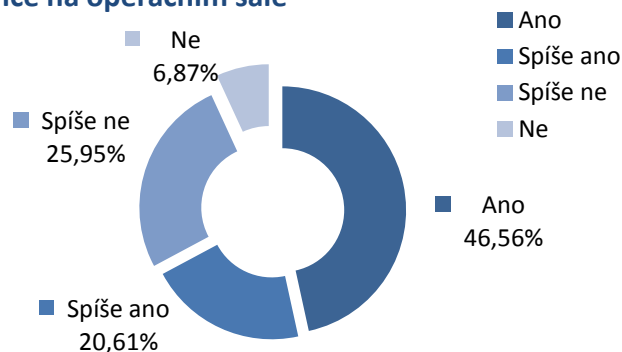
Ačkoliv tato otázka jen částečně souvisí s tématem této práce, rozhodl jsem se zjistit v rámci studie také zájem rodičů o možnost jejich přítomnosti v průběhu úvodu a probouzení dítěte z anestezie. Jednoznačně pro ano bylo méně jak nadpoloviční většina respondentů (tzn. 46,56 %), zatímco pro spíše ano bylo 20,61 %. Celkově tedy projevilo zájem 67,17 % rodičů.

TAB. 44: Zájem respondentů - rodičů o přítomnost jejich osoby při úvodu dítěte a jeho probouzení z anestezie

Přehled odpovědí		
Odpověď	Počet respondentů	Procentuálně (%)
Ano	61	46,56%
Spíše ano	27	20,61%
Spíše ne	34	25,95%
Ne	9	6,87%
Celkem	131	100,00%

GRAF 38: Grafický přehled odpovědí - zájem o přítomnost při úvodu do anestezie

Přítomnost rodiče na operačním sále



Otázka č. 38 - Máte-li k této problematice jakékoli připomínky či návrhy na zlepšení současné situace, uveďte je prosím do následující kolonky.

Otázka č. 38 nebyla klasickou otázkou v pravém slova smyslu. Jednalo se spíše o prostor pro vlastní vyjádření respondentů - rodičů, týkající se řešené problematiky. Této možnosti využilo jen 10 ze 131 respondentů.

Přehled autentických odpovědí rodičů

- Jako každý rodič i já bych chtěla být u usnutí svého dítěte. Už s tím mám zkušenosti z jiné nemocnice. Takže si myslím, že by to dítě bylo klidnější v

přítomnosti matky. Nemocnici se omlouvám jmenovat nemohu, děkuji za pochopení

- Děkuji moc za tento dotazník, přispěje rozhodně k dobré informovanosti o zákroku (výkonu)!
- Detailnější informovanost ohledně podávané látky tj. vedlejší účinky, jiné alternativy. Jakým způsobem kontroluje a vyhodnocuje anesteziolog situaci na sále. "Předoperační papíry" zbytečně dlouhé na to, aby se člověk ve finále dočetl, že výkon bez anestezie provést nelze a alternativa neexistuje. Všeobecná připomínka - proč je v době PC stále nutné složité a zdlouhavé papírování?
- Byla bych ráda, aby nás lékaři lépe informovali předem, jaký bude průběh celé hospitalizace. V mém případě nás neinformoval nikdo, a když jsme chtěli něco vědět, tak jsme se museli informovat sami. Když jste se nezeptal, tak vám nikdo nic neřekl
- Sladění názorů doktorů jak před operací, tak v den operace.
- Já jsem měla to štěstí být s dítětem u šetrného a empatického probouzení. Bohužel existují oddělení, kde děti k postelím přivazují! Představte si, že 4 leté dítě se probouzí po operaci: bez rodičů, dezorientované, uplakané, možná s bolestmi a je přivázané
- Máme zkušenosti pouze s jednodenní chirurgií. Rodič je s dítětem na pokoji do operace a ihned po operaci. Dle mého názoru je tento model ideální. Nemyslím, že by rodič na operačním sále něčemu pomohl, spíše by svou přítomností vážnost situace ještě zvýšil.
- Větší kontakt s lékařem před zákrokem
- Vadí mi, že se svým dítětem nemohu být až do jeho usnutí
- Není nutné vytvářet nové lepší brožury a vydávat knihy...dělat videa...stačí osobní kontakt, při kterém získám důvěru!

2.9 Výsledky výzkumu a jejich analýza - Část pro děti

Závěrečná část dotazníku byla věnována dětským pacientům starších 5 let, pro které bylo určeno 6 speciálně koncipovaných otázek. Cílem bylo zjistit pocity a názory dětí související s anesteziologickým zákrokem. Celkově se jednalo o 94 dětských

respondentů splňujících kritéria výzkumu. Avšak ve 22 případech zůstala dětská část nevyplněna. Jednalo se tedy celkem o 72 dětí (76,60%), účastnících se této studie - ať už ve spolupráci s rodiči, případně samostatně.

TAB. 45: Rozdělení dětských respondentů dle věku

Rozdělení dětských respondentů		
Odpověď	Počet respondentů	Procentuálně (%)
Děti mladší 5 let	36	27,48%
Děti 5 a více let	94	71,76%
Věk dítěte neuveden	1	0,76%
Celkem	131	100,00%

Z 94 dětí splňujících kritéria výzkumného dotazníku:		
Odpovědělo	72	76,60%
Neodpovědělo	22	23,40%
Celkem	94	100,00%

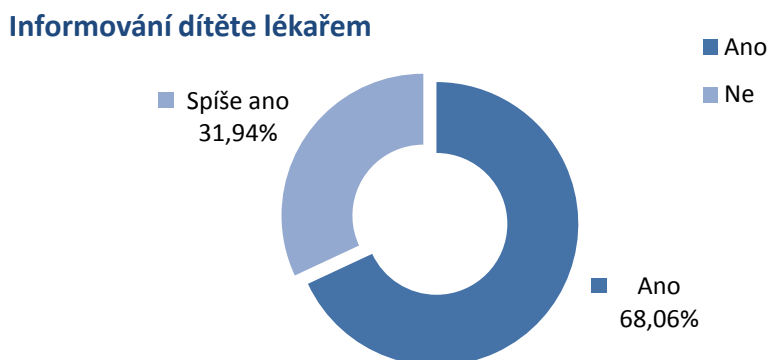
Otázka č. 1 - Vysvětlil ti lékař/lékařka, co tě na operačním sále čeká, jak anestezie (popř. operace) probíhá?

Celkem 49 dětí (68,06 %) uvádí, že jim byl popsán a vysvětlen průběh anestezie, popřípadě operace. Ve zbylých 23 případech (31,94 %) děti od lékaře žádné informace neobdržely.

TAB. 46: Informovanost dětí o průběhu anestezii

Přehled odpovědí		
Odpověď	Počet respondentů	Procentuálně (%)
Ano	49	68,06%
Ne	23	31,94%
Celkem	72	100,00%

GRAF 39: Grafický přehled odpovědí - informovanost dětí o průběhu anestezie



Otázka č. 2 - Čeho jsi se nejvíce bál/a na operačním sále?

Otázka č. 2 byla polozavřeným typem otázky, kdy měly děti nejdříve samostatně uvést vlastní pocity a věci, kterých se na operačním sále bály a poté vybrat z několika předdefinovaných odpovědí. Jednalo se o zjištění primárních asociací dětí, vybavujících se v souvislosti s operací a anestezií. Ze 72 dětí na tuto otázku odpovědělo celkem 35.

Prvotní asociace dětí na dotaz, čeho se na operačním sále nejvíce bály:

Přehled odpovědí dětí

(v některých případech zprostředkované rodiči)

- Že mě vybuchne hlava, když mě neuspí
- Píchání
- Že něco ucítím
- Strach z toho co bude
- Z neznámé situace
- Že se operace nepovede
- Já jsem se ani nebál
- Nebyly vidět obličej, injekční jehla
- Řezání nohy
- Bála se před operací, na sále už ne
- Že se neprobudím
- Že se po usnutí neprobudím
- Probuzení v průběhu operace
- Ničeho, už jsem věděla, co mě čeká
- Zavedení kanyly do ruky, nechtěl foukat do balonku
- Zavádění kanyly
- Ničeho, vždyť jsem spal
- Bála se, že ji neuspí
- Aplikace nitrožilní kanyly
- Injekce
- Že mě neuspí
- Operace
- Všeho :)
- Uspání
- Nebude tam maminka

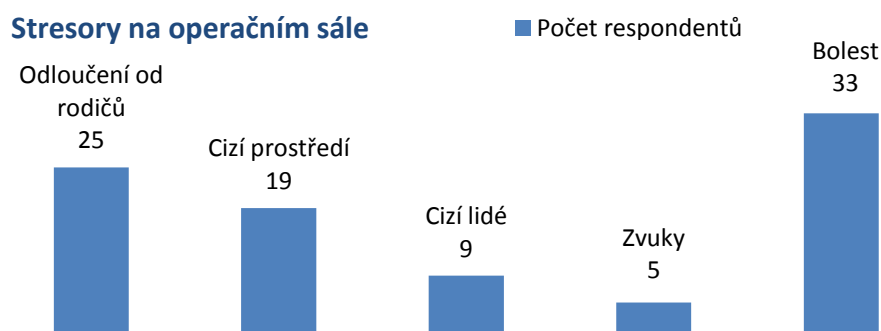
- Že neuvidím maminku
- Bolesti

Z předdefinovaných možností označily děti nejčastěji za důvod svých obav „bolest“ (45,83 %) a dále pak pochopitelně „odloučení od rodičů“ (34,72 % odpovědí).

TAB. 47: Stresory v souvislosti s operací / anestezií

Přehled odpovědí		
Odpověď	Počet respondentů	Procentuálně (%)
Odloučení od rodičů	25	34,72%
Cizího prostředí	19	26,39%
Cizích lidí	9	12,50%
Zvuků	5	6,94%
Bolesti	33	45,83%

GRAF 40: Grafický přehled odpovědí - stresory v souvislosti s operací / anestezií



Otázka č. 3 - Povídala si s tebou sestřička s lékařem / lékařkou na operačním sále?

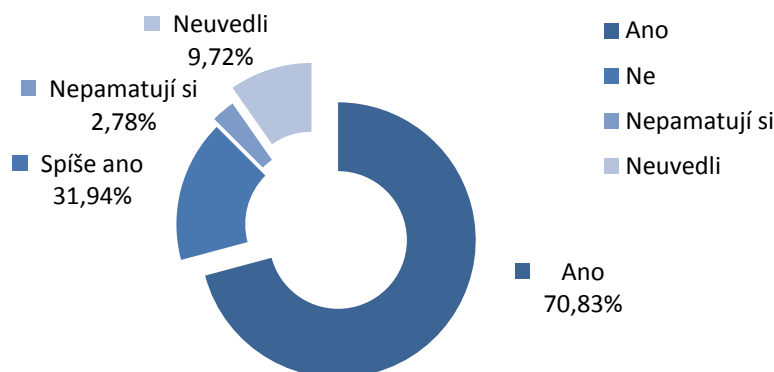
V 70,83 % odpovědí si lékař, popřípadě sestřička s dítětem na operačním sále povídali, v 16,67 % bohužel nikoliv. V souvislosti s anestezií si na průběh úvodu do anestezie 2 děti (2,78 %) nepamatovaly a 9,72 % respondentů tuto otázku nezodpovědělo vůbec.

TAB. 48: Komunikace mezi zdravotnickým personálem a dítětem na operačním sále

Přehled odpovědí		
Odpověď	Počet respondentů	Procentuálně (%)
Ano	51	70,83%
Ne	12	16,67%
Nepamatuji si	2	2,78%
Neuvedli	7	9,72%
Celkem	72	100,00%

GRAF 41: Grafický přehled odpovědí - vzájemná komunikace na operačním sále

Komunikace anesteziologa s dítětem na sále



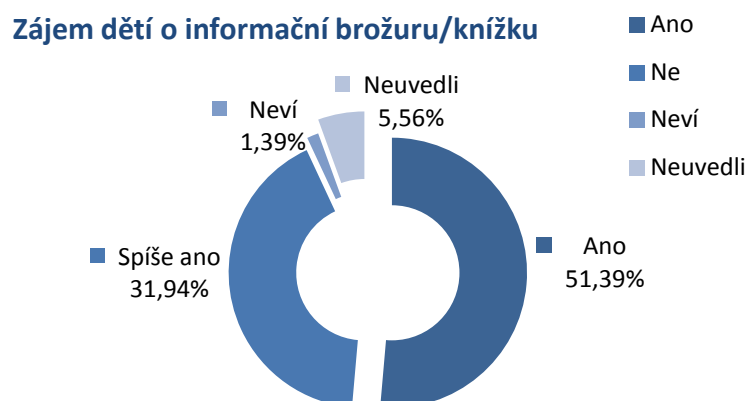
Otázka č. 4 - Měl/a by si menší strach, kdyby existovala knížka - brožura o tom, co tě v nemocnici na operačním sále čeká?

Otázka č. 4 si klade za cíl zjistit názory dětí na vytvoření tištěných informačních materiálů a jejich předpokládaný vliv na vnímání a prožívání strachu dětí. V souvislosti s touto otázkou uvedla nadpoloviční většina respondentů (51,39 %), že by pocitovaly menší obavy v případě dostupnosti takovýchto materiálů, díky kterým by se dozvěděly, co všechno je na operačním sále čeká. Na druhou stranu však poměrně početná část dětských respondentů uvedla, že by i přes dostupnost takovýchto informačních materiálů menší obavy z operačního zákroku neměla. Jednalo se celkem o 30 respondentů (41,67 %).

TAB. 49: Zájem dětí o dětskou informační brožuru/knižku

Přehled odpovědí		
Odpověď	Počet respondentů	Procentuálně (%)
Ano	37	51,39%
Ne	30	41,67%
Neví	1	1,39%
Neuvedli	4	5,56%
Celkem	72	100,00%

GRAF 42: Grafický přehled odpovědí - informační brožura



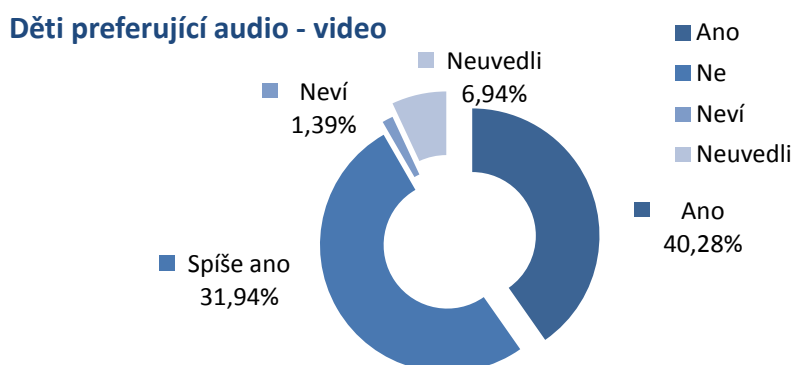
Otázka č. 5 - Nebo by bylo lepší video?

Na dotaz, zda děti preferují spíše informační video, odpověděla většina dětských respondentů ne (51,39 %). Naopak 40,28 % dětí by tuto formu informací uvítalo.

TAB. 50: Preference dětí v souvislosti s informačním videem

Přehled odpovědí		
Odpověď	Počet respondentů	Procentuálně (%)
Ano	29	40,28%
Ne	37	51,39%
Neví	1	1,39%
Neuvedli	5	6,94%
Celkem	72	100,00%

GRAF 43: Grafický přehled odpovědí - Preference videa



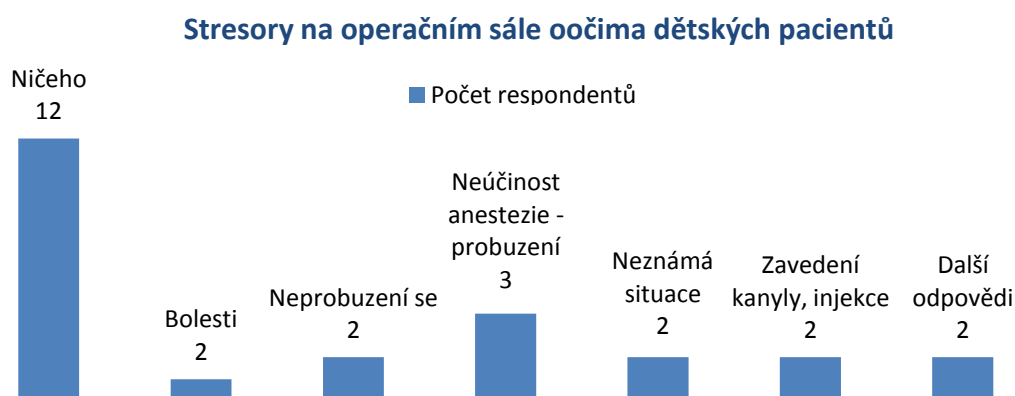
Otázka č. 6 - Pro starší děti a mladistvé - Bál/a ses anestezie? Napiš, čeho ses přesně bál/a?

Závěrečná otázka otevřeného typu měla za cíl zjistit, zda a čeho se děti obávají v přímé souvislosti s anesteziologickým zákrokem. Dotazovala se starších dětí, u

kterých se předpokládá porozumění otázky a jejich schopnost specifikovat své pocity a obavy právě v souvislosti s anestezií. Celkem na otázku odpovědělo 24 respondentů ve věku od 7 do 17 let. Průměrný věk respondentů byl 11,66 let.

Nejčastěji děti uváděly, že se v souvislosti s anestezií ničeho neobávaly (11 respondentů). Celkem neprobuzení se z anestezie (2 respondenti), neúčinnost anestezie a probuzení v průběhu operace (3 respondenti), neznámé situace (2 respondenti), zavedení intravenózní kanyly, popřípadě injekce (2 respondenti) a dále viz níže uvedené - jednotlivé odpovědi respondentů.

GRAF 44: Grafický přehled tří nejčastějších odpovědí - obavy dětí z anestezie



Přehled vlastních odpovědí dětí

(v některých případech zprostředkovaných rodiči)

- Anestezie se nebála
- Ano, bolesti
- Ano, že budu něco cítit
- Bolesti
- Injekce
- Jo, nevěděl jsem jaký to je
- Ne
- Ne
- Ne
- Ne
- Ne
- Ne nebála, protože až mě uspí, tak nebudu nic cítit
- Nebál

- Nebál jsem se
- Nebála se
- Nebála jsem se
- Nebála se
- Neznámé situace
- Ničeho
- Probuzení v průběhu operace
- Trochu
- Zavádění kanyly
- Že dostatečně nezabere a probudím se
- Že se mi špatně dodechuje, točí hlava
- Že se neprobudí
- Že se po usnutí neprobudím

2.9 Diskuze

Primárním cílem této práce bylo popsat a zmapovat dosud opomíjenou oblast zdravotní péče, jejíž kvalita se dosti významným způsobem promítá do vnímání a prožívání úzkosti a strachu dětských pacientů a jejich rodičů před operačním výkonem. Dětská anesteziologie je vysoce specializovanou oblastí medicíny, jejímž předpokladem je její integrace do vybraných zdravotnických center, poskytujících komplexní péči o dětské pacienty. Proto byly pro potřeby tohoto výzkumu vybrány dvě největší fakultní nemocnice v ČR, které zaujímají v rámci českého zdravotního systému zcela zvláštní postavení vzhledem k počtům provedených anesteziologických zákroků u dětí všech věkových skupin. Jednalo se o FN Motol v Praze a Dětskou nemocnici FN Brno. Získaná data tak lze alespoň částečně považovat za reprezentativní vzorek, jelikož se obě tato zařízení vzhledem ke svému postavení, vyznačují vysokými požadavky a standardy na kvalitu a organizaci poskytované péče, kde lze předpokládat systém před-anesteziologické informovanosti dětí a rodičů za nejpropracovanější.

V rámci výzkumu bylo osloveno celkem 215 respondentů, z čehož celková návratnost činila 131 vyplněných dotazníků (vyjádřeno v procentech 60,93 %). V době realizace výzkumu se do celkové návratnosti bohužel částečně promítla také chřipková epidemie, znemožňující v některých případech návštěvy rodičů hospitalizovaných dětí a tudíž i jejich účast na této studii. Kromě této nepředvídatelné události se do návratnosti mohlo promítnout i mnoho dalších faktorů. Například rozsah výzkumného dotazníku, obsahujícího 44 otázek, který mohl být pro některé respondenty odrazující. Též míra spolupráce zdravotnického personálu při oslovování jednotlivých respondentů, případně nezáměr ostatních rodičů o tuto problematiku. Vráťím-li se k rozsahu vlastního dotazníku, ten byl společně s počtem otázek stanoven na základě konzultací s odbornými konzultanty (statistik, dětský anesteziolog, klinický psycholog, vedoucí práce), aby bylo možné získat dostatečné množství výzkumných dat pro zmapování dané problematiky. Jednotlivé otázky na sebe vzájemně navazovaly a mapovaly jednotlivé oblasti před-anesteziologické informovanosti dětí i rodičů, dvou zásadně odlišných skupin respondentů.

Vlastní vyhodnocení výzkumu tak bylo po časové i systematické stránce poměrně náročné. Jednalo se o velké množství dat, které bylo potřeba utřídit podle mnoha kritérií. Při statistickém vyhodnocování jsem pro vyšší validitu výsledků

spolupracoval s Ing. Alenou Dohnalovou, statističkou Fyziologického ústavu 1. LF UK, které i touto cestou děkuji za její spolupráci.

Pokud bych měl nyní realizovat obdobný výzkum znovu, udělal bych nejspíše pár změn, které by se netýkaly ani tak rozsahu dotazníku, jako spíše některých formulací, případně zařazení některých otázek navíc. Pro vyšší návratnost a zpětnou kontrolu získaných dat by bylo zcela jistě efektivnější realizovat výzkum formou osobního rozhovoru s respondenty a vzájemná spolupráce s nimi při vyplňování výzkumného dotazníku. Těmito vlastními poznatky a připomínkami apeluji především na budoucí absolventy, uvažující o návaznosti jejich vlastního výzkumu na výsledky této diplomové práce, kterou považuji za pilotní studii, mapující současný systém před-anesteziologické informovanosti dětí a rodičů ve dvou největších fakultních nemocnicích v ČR.

Závěrem, než se zaměříme na vlastní interpretaci výsledků v návaznosti na stanovené cíle a hypotézy, bych rád ve stručnosti zmínil také několik věcí, které se mi bohužel v rámci výzkumu nepodařilo do práce zakomponovat. Prvotní myšlenka byla vytvořit na základě výsledků tohoto výzkumu vlastní návrh informační brožury, určené rodičům a dětem, připravujícím se na anesteziologický zákrok. Avšak na základě získaných dat a s ohledem na časové možnosti, nebylo možné po obsahové, formální ani estetické stránce definovat potřeby a nároky respondentů na kvalitní informační materiály, jelikož koncepce výzkumu byla zaměřena především na kvalitu a spokojenost respondentů se systémem informovanosti jako takovým.

Velice zajímavé by bylo také vlastní srovnání získaných dat se zahraničními studiemi. Jedná se však o tak komplikovanou oblast výzkumu, že neexistuje mnoho obdobných studií, alespoň dle dostupných rešerší. Aby bylo možné provést vzájemnou komparaci výsledků, bylo by zapotřebí využít standardizovaný výzkumný dotazník, který se mi však bohužel nepodařilo nikde získat.

I přes to všechno však považuji tento výzkum za úspěšný a reprezentativní. Je otázkou, zda je úroveň před-anesteziologické informovanosti dětí a rodičů i v ostatních zdravotnických zařízeních na stejné či vyšší úrovni. Na místě by proto byla případná studie sledující komplexní systém informovanosti o anestezii.

Cíl 1: Zjistit, zda a do jaké míry jsou dětské pacienti a rodiče informováni o anestezii

V rámci předoperační přípravy bylo z celkového počtu 131 respondentů o anestezii informováno 74 respondentů anesteziologem (56,49 %), 42 respondentů jinou osobou (32,06 %) např. ošetřujícím lékařem, případně sestrou a v 15 případech nebyli rodiče informováni vůbec (přitom se jednalo v 9 případech o plánovaný operační zákrok). Na základě těchto výsledků již nyní **můžeme potvrdit hypotézu č. 1**, která stanovovala, že ve většině případů jsou rodiče hospitalizovaných dětí v rámci předoperační přípravy primárně informováni lékařem - anesteziologem.

Celkem v 17 případech (12,98 %) byli rodiče o anestezii informováni jak anesteziologem, tak i ošetřujícím lékařem příslušného oddělení a v 5 případech (3,82 %) pak kompletním zdravotnickým týmem (anesteziologem, ošetřujícím lékařem, sestrou).

Výzkum však současně poodhalil skutečnost, že ne vždy jsou rodiče anesteziologem informováni, ačkoliv by tomu tak v praxi mělo být. Vyřadíme-li z výsledků případy akutního přijetí dítěte (12 případů), jedná se celkově o 45 případů, kdy byli rodiče informováni jinou osobou, případně ke sdělení informací o anestezii vůbec nedošlo, ačkoliv se jednalo o plánované výkony.

Podívejme se však nyní blíže na rozbor výsledků respondentů informovaných anesteziologem. Nejčastěji byli rodiče informováni v soukromí nemocničního pokoje bez přítomnosti ostatních pacientů (51,35 %), zatímco v anesteziologické ambulanci 40,54 % respondentů - tímto zjištěním tedy můžeme **vyvrátit hypotézu č. 2**, která stanovovala, že ve většině případů plánovaných výkonů prochází rodiče s dětmi anesteziologickou ambulancí.

V rámci informovanosti rodičů převažovala především ústní forma sdělení (98,65 %), zatímco písemná forma ve 41,89 % případů. Je otázkou, jak dalece byli rodiče informováni písemným informovaným souhlasem, který by měl být - vzhledem k povaze anesteziologického zákroku - nutnou součástí poučení a souhlasu pacienta s výkonem. Je těžké z výsledků odvodit, zda respondenti obdrželi i tuto formu souhlasu, či nikoliv. Pravděpodobnější je, vzhledem k zákonné povinnosti, že písemný souhlas byl součástí anesteziologického rozhovoru, ale bez bližšího vysvětlení byl rodičům předložen pouze za účelem podpisu. Na tuto skutečnost se bohužel v dotazníku nedotazují.

Podíváme-li se na informovanost samotných dětí, s ohledem na jejich věk byla tato otázka vyhodnocena pouze u 94 respondentů, jejichž dítěti bylo více jak 5 let. Z tohoto počtu bylo 65 dětí informováno ústně (69,15 %), 5 dětí písemně (5,32 %) a 8 jiným způsobem (8,51 %) - viz otázka č. 24. V 18 případech nebyly děti informovány vůbec (19,15 %).

Nejčastěji byli rodiče informováni o rizicích a nežádoucích účincích anestezie (shodně 55,41 %), o možnostech léčby pooperační bolesti v 51,35 % případů.

Cíl 2: Zjistit, zda byly poskytnuté informace pro rodiče srozumitelné a dostačující.

Celkem pro 95,95 % rodičů byla forma sdělených informací v rámci anesteziologického rozhovoru srozumitelná, pouze ve dvou případech (2,70 %) nikoliv. V těchto dvou případech byli respondenti dále dotázáni na to, zda měli alespoň v průběhu rozhovoru možnost se lékaře na případné nejasnosti dotázat. V 1 případě tato možnost respondentovi byla nabídnuta, v druhém případě nabídnuta nebyla, rozhovor tak byl ze strany lékaře jednostranný. Navzdory tomuto faktu je však více než potěšující, že podle výzkumu byly převážně většině rodičů podávány informace ve srozumitelné formě. O tento fakt se opírá jedna ze stanovených hypotéz, na základě čehož můžeme potvrdit, že **hypotéza č. 3 se tímto potvrdila** - tedy, pro většinu rodičů byly poskytnuté informace srozumitelné.

Cíl 3: Zjistit důvody obav dětí a rodičů z anestezie

Anestezie představuje pro některé rodiče i děti rizikový zákrok. S ohledem na tuto skutečnost byly rodiče i děti v rámci výzkumu dotázáni na otázku, zda pociťovali v souvislosti s anestézií určité obavy. Pro rodiče byla otázka koncipována formou 4 předdefinovaných možností a to odpověďmi ano, spíše ano, spíše ne, ne. Svou odpověď ano potvrdilo obavy 32,06 % rodičů, zatímco spíše ano 28,24 %. Sečteme-li tyto podíly dohromady, pak celkově 60,30 % rodičů (79 respondentů) pociťovalo určité obavy z anesteziologického zákroku svého dítěte. Ti pak měli dále v následující otevřené otázce své obavy blíže specifikovat. Z výsledků vyplývá, že nejčastěji se rodiče obávali neprobuzení se dítěte z anestezie (28,21 %), nevolnosti a zvracení - související s bezprostředním pooperačním obdobím (23,08 %) a komplikací v průběhu anestezie (15,38 %). Ani v jednom případě se však nejednalo o nadpoloviční podíl rodičů, z čehož můžeme konstatovat, že **hypotéza č. 4 se nepotvrdila** - není tudíž pravda, že

většina rodičů pociťuje v souvislosti s anestezií obavy z vlivu anestetik na vývoj centrálního nervového systému dětí. V kontextu výsledků představovaly tyto obavy pouhých 7,69 % viz TAB. 17.

Pro děti byla otázka uzpůsobena následovně. Pro menší děti (ve věku cca 5 až 8 let) byla otázka položena především v obecné rovině, kdy měly děti odpovědět, čeho se na operačním sále nejvíce bály. Jednalo se o polouzavřený typ otázky. Děti měly prvotně popsat vlastní obavy a až následně vybrat jednu z možností. Z celkového počtu 94 dětí, splňujících kritéria výzkumu (věk 5 a více let) zodpovědělo dětskou část dotazníku 72 z nich (76,60 %). Ve zbylých 22 případech zůstala tato část dotazníku nezodpovězena. Z vlastních odpovědí dětí, které uvedlo 21 ze 72 respondentů vyplývá, že prvotní asociace vybarvující se dětem v souvislosti s operačním sálem představují obavy ze zavedení intravenózní kanyly, někdy též uváděné jako „injekce“ (celkem 5 respondentů, 23,81 %). Na druhém místě byly uváděny obavy dětí z neuspání (3 respondenti, 14,29 %) a dále shodně s frekvencí 2 výskytů (9,52 %) obavy z neprobuzení se a odloučení od „maminky“.

Z předdefinovaných možností, které zahrnovaly odloučení od rodičů, cizí prostředí, cizí lidi, zvuky a bolest, označily děti nejčastěji za důvod svých obav strach z bolesti (45,83 %), z odloučení od rodičů (34,72 %) a z cizího prostředí (26,39%). Kromě výše uvedených otázek byla do dotazníku zařazena ještě jedna závěrečná otázka, určená starším dětem a mladistvým, u kterých se předpokládá porozumění otázky a jejich schopnost specifikovat své obavy přímo související s anestezií. Otázku zodpovědělo 25 respondentů ve věku 7 až 17 let. Ti ve většině případů uvedli, že se v souvislosti s anestezií ničeho neobávali (12 respondentů - 48,0 %). Bližší viz vlastní výsledky otázky č. 6 na straně 85.

V otázce, zda má zdravotnické povolání vliv na vnímání rizik a s tím souvisejících obav vyplynulo, že 41,18 % zdravotníků pociťovalo obdobné obavy z anestezie, jako respondenti nezdravotnické profese (63,72 %). Určitý rozdíl zde patrný je, ale vzhledem k tomu, že počet respondentů zdravotnické profese byl poměrně nízký, je otázkou jaké výsledky by vyšly v případě větší skupiny. Téměř totožně pak vyšly výsledky u skupiny respondentů, jejichž partneři byli zdravotnické profese (50,0 %) oproti těm, kteří „zdravotníka“ v rodině neměli (49,61 %).

Cíl 4: Zjistit jejich vlastní názory na zlepšení současné praxe z pohledu rodičů.

Z výsledků vyplývá, že pro většinu rodičů dětí starších 5 let, je informovanost dětí v souvislosti s anestezií důležitou součástí každé předoperační přípravy. Tento fakt potvrdilo odpovědí ano 56,38 % a odpovědí spíše ano 28,72 % respondentů. Sečteme-li tyto podíly, pak se jedná o celkový podíl 85,10 % rodičů. V případě respondentů, jejichž dítěti bylo méně jak 5 let, a kde nelze vzhledem k rozumové vyspělosti dítěte předpokládat jeho porozumění sdělených informací, se tato skutečnost promítla také do samotných výsledků. Na dotaz, zda i oni považují informovanost dětí za důležitou, odpovědělo ano pouze 32,43 % respondentů a spíše ano 24,32 % (celkem tedy 56,75 %). V ostatních případech, vzhledem k nízkému věku dítěte, nepovažují rodiče informovanost dětí za nutnou součást předoperační přípravy.

Na otázku, jakou formu sdělení informací považují rodiče za nejefektivnější, se v 93,13 % případů rodiče shodli na preferenci ústní formy informovanosti, tj. anesteziologickém rozhovoru. Na druhém místě pak uváděli formu písemnou (29,77 %) a v 8,40 % případů exkurzi na operační sál

Ústní formu sdělení preferují rodiče i v případě informovanosti dětí (83,97 %), kde by však na druhém místě oproti písemné formě preferovali spíše instruktážní video (15,27 %).

Do budoucna by rodiče uvítali také dostupnost dětské informační brožury případně knížky, viz diskuze k cíli č. 5.

Za nejvhodnější dobu k informování rodičů uvedla nadpoloviční většina respondentů období „před přijetím dítěte k hospitalizaci“ (69,47 %). Ve stejném období by nejraději rodiče informovali i samotné děti 41,22 %. V případě dostupnosti tištěných informačních materiálů by si tak mohli rodiče i děti prostudovat veškeré potřebné informace doma a to v dostatečném předstihu. Kromě toho rodiče uvedli také zájem o oficiální webové stránky s anesteziologickou tematikou, kterou by především v kombinaci s tištěnými materiály uvítalo 53,44 % respondentů.

V souvislosti se zlepšením současné klinické praxe byli rodiče dotázáni také na jejich zájem o přítomnost při úvodu a probouzení dítěte z anestezie. Jednoznačně pro ano bylo méně jak nadpoloviční většina respondentů (tzn. 46,56 %), zatímco pro spíše ano bylo 20,61 %. Celkově tedy projevilo zájem 67,17 % rodičů. Je však otázkou, jak dalece je možné tento požadavek rodičů v současných podmínkách zajistit, ačkoliv v zahraničních zemích se stala tato možnost rutinní praxí (USA, Kanada, atd..).

Cíl 5: Zjistit zájem dětí i rodičů o tištěné informační materiály

Kromě písemného informovaného souhlasu nejsou rodičům a dětem k dispozici žádné další informační materiály. Především pro děti by byly cenným zdrojem informací, kterým by byly informovány o tom, co všechno je při anestezii čeká. Jsou to právě děti, pro které je hospitalizace a operační zákrok mimořádně emotivní záležitostí. Úzkost a strach z neznámého prostředí a situací je pomalu standardní součástí každé dětské hospitalizace. Dostupnost takovýchto materiálů by mohla tyto negativní vlivy alespoň částečně minimalizovat a zároveň by mohla pomoci zlepšit spolupráci dětí se zdravotníky.

Na otázku, zda považují respondenti dostupnost tištěné formy informačních materiálů za důležitou, odpovědělo 40,46 % rodičů ano a 39,69 % spíše ano. Celkem tedy pro 80,15 % respondentů je tato forma informačních materiálů důležitá.

V souvislosti s dětskou brožurou byli rodiče dále dotázáni na jejich názor na vytvoření dětské informační brožury, zda považují takovéto materiály za přínosné či nikoliv. Sečteme-li dohromady podíl odpovědí ano a spíše ano, čímž rodiče projevíli zájem o tento druh edukačních materiálů, pak se jedná o vzorek 81,68 % respondentů, zatímco jednoznačně ne odpovědělo jen 2,29 %. Z výsledků jednoznačně vyplývá zájem rodičů o dětské informační materiály, které v českých nemocnicích postrádají.

U dětí byla situace následující: dětské respondenty byli na tuto problematiku nepřímo dotázáni otázkou, zda by měli menší strach, kdyby existovala knížka nebo brožura o tom, co všechno je na operačním sále čeká. Možností ano odpovědělo 51,39 % dětských respondentů, z čehož lze předpokládat taktéž zájem dětí o tyto edukační materiály. Na základě výše předložených výsledků vyplývá, že **hypotéza č. 5** - Obě skupiny respondentů uvítají dostupnost tištěných informačních materiálů, **byla potvrzena** (rodiče 81,68 %, děti 51,29 %).

Závěr

Primárním cílem této práce bylo popsat dosud opomíjenou oblast zdravotní péče, jejíž kvalita se dosti významným způsobem promítá do vnímání a prožívání úzkosti a strachu dětských pacientů a jejich rodičů před operačním výkonem. Nedílnou a podstatnou součástí každé předoperační přípravy je informovanost pacientů o anestezii, která je v kompetenci lékařů-anesteziologů, kteří jsou v rámci předoperační anesteziologické vizity povinni ze zákona pacienta informovat o všech skutečnostech, souvisejících s anesteziologickým zákrokem - především o účelu zákroku, jeho povaze, důsledcích, ale také alternativách a rizicích. Mimo to vychází tato povinnost ze základních patientských práv - práva na informace. V případě nezletilých, pediatrických pacientů, kterými se zabývá tato práce, přechází toto právo na jejich zákonné zástupce - rodiče.

Z výsledků vyplývá potřeba zkvalitnění předoperační informovanosti dětí a rodičů o anestezii. Jak již bylo řečeno výše, předoperační informovanost pacientů (v našem případě dětí a rodičů) je povinností a kompetencí anesteziologů. Ne vždy tak tomu v praxi skutečně je. Ze 131 respondentů, bylo anesteziologem informováno pouze 74 respondentů (56,49 %). Pomineme-li případy akutního přijetí, které neumožňují - vzhledem k urgenci zdravotního stavu dítěte - případnou předoperační přípravu, celkem ve 45 případech (34,35 %) plánovaného výkonu byli rodiče informováni alespoň částečně jinou osobou (ošetřujícím lékařem, sestrou), nebo nebyli informováni vůbec.

Nejčastěji byli rodiče informováni ústně - formou rozhovoru (98,65 %), zatímco písemně 41,89 % respondentů. Právě ústní formu sdělení považuje většina respondentů za nejeфекtivnější a to i v případě informovanosti dětí. Výsledky současně poukazují na zájem většiny rodičů o dostupnost tištěných informačních materiálů, případně v kombinaci s oficiálními informačními webovými stránkami. Mimo to uvedla také většina rodičů, že považují za přínosné vytvoření informačních materiálů (knížky, brožury), které by dětské pacienty seznámily s průběhem anesteziologického zákroku. Ostatně to potvrdily i odpovědi dětských respondentů, kteří v 51,39 % uvedli, že by pocíťovali menší obavy, kdyby jim obdobné informační materiály byly k dispozici. Nejvhodnější dobou pro informovanost obou skupin respondentů je podle rodičů období před přijetím dítěte k hospitalizaci. Díky dostupnosti tištěných informačních materiálů, případně oficiálních internetových stránek, by si tak mohli rodiče i děti prostudovat

veškeré potřebné informace doma. Byli by tak lépe připraveni a seznámeni s tím, co vše je v rámci anesteziologického zákroku čeká.

Přístup anesteziologického personálu hodnotilo 41,89 % rodičů hodnocením výborně a 29,73 % velmi dobře. Pro 95,95 % respondentů byly poskytnuté informace srozumitelné.

Shrneme-li obecně výsledky výzkumu, pak je evidentní potřeba zkvalitnění předoperační informovanosti dětských pacientů a rodičů v souvislosti s anestezií. Evidentní je také zájem rodičů i dětí o tištěné informační materiály, ačkoliv preference rodičů stále směřují především k ústní formě sdělení - anesteziologickému rozhovoru, ke kterému dle výsledků ne vždy dochází. Kromě tohoto faktu však výsledky nevykazují žádné další zásadní nedostatky a lze tak současný systém informovanosti dětí i rodičů v obou těchto reprezentujících nemocnicích považovat za kvalitní a dostatečný.

Seznam použitých zdrojů

Knihy

FEDORA, Michal. *Dětská anesteziologie*. Vyd. 1. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2012. 268 s. ISBN 978-807-0135-440.

FENDRYCHOVÁ, Jaroslava a Michal KLIMOVIČ. *Péče o kriticky nemocné dítě*. 1. vyd. Brno: NCONZO, 2005. 414 s. ISBN 80-701-3427-5.

KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing, 2002. 198 s. ISBN 80-247-0179-0.

PLEVOVÁ, Ilona a Regina SLOWIK. *Komunikace s dětským pacientem*. 1. vyd. Praha: Grada, 2010. 247 s. ISBN 978-802-4729-688.

ŠUSTEK, Petr a Tomáš HOLČAPEK. *Informovaný souhlas: teorie a praxe informovaného souhlasu ve zdravotnictví*. Vyd. 1. Praha: ASPI, 2007. 243 s. Právní rukověť. ISBN 978-807-3572-686.

TĚŠINOVÁ, Jolana, Roman ŽDÁREK a Radek POLICAR. *Medicínské právo*. Vyd. 1. V Praze: C.H. Beck, 2011. 414 p. ISBN 978-807-4000-508.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie I*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2005. 467 s. ISBN 978-802-4609-560.

VYMĚTAL, Jan. *Úzkost a strach u dětí: jak jim předcházet a jak je překonávat*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2004. 181 s. ISBN 978-807-1788-300.

Odborné články

KLÍMA, Karel. Historie dětské anesteziologie v Praze – anesteziologické postupy v dětské stomatologii, *Anesteziologie & intenzivní medicína*. 2010, č. 1, s. 50-57. ISSN 1214-2158.

MIXA, Vladimír. Současný pohled na anestezii dětí. *Pediatric pro praxi*. 2012, č. 2, s. 103-106. ISSN 1213-0494.

WALKER, Heidi. The child who refuses to undergo anesthesia and surgery – a case scenario-based discussion of the ethical and legal issues. *Pediatric Anesthesia*. 2009, 19: p. 1017–1021. doi: 10.1111/j.1460-9592.2009.03010.x

MAI, L. Christine; YASTER, Myron. Pediatric Anesthesia: Pediatric anesthesia - A Historical Perspective. Newsletter of American Society of Anesthesiologist. 2011, vol. 75, no.10: p.10-13.

SMITH, R.: The Pediatric Anesthetist, 1950-1975. *Anesthesiology*. 1975; Vol 43(2): p. 144-146.

Kvalifikační práce

HRUŠKOVÁ, Veronika. *Anestezie z pohledu pacienta*. Praha, 2009. Diplomová práce. Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta. Vedoucí práce: Mgr. Taťána Maňasová.

ROKOSOVÁ, Lenka. *Dodržování Charty práv dětských pacientů v nemocnici*. České Budějovice, 2009. Bakalářská práce. Jihočeská universita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. Vedoucí práce Ing. Iva Brabcová

PŠENICOVÁ, Kateřina. *Psychologie hospitalizovaného dítěte*. Brno, 2006. Bakalářská práce. Masarykova univerzita v Brně, Pedagogická fakulta. Vedoucí práce MUDr. Petr Kachlík, Ph.D.

Zákony

Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů

Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny (úmluva o biomedicině), č. 96/2001 Sb. m. s.

Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách),

Vyhláška MZČR č. 98/2012 Sb. o zdravotnické dokumentaci

Elektronické zdroje

Agendový portál MZČR: *Charta práv dětí v nemocnici* [on-line]. [cit. 2013-03-07]
Dostupné z: http://ap.mzcr.cz/fakultni-nemocnice-brno/prava-pacientu_53_278n.html

Agendový portál MZČR: *Práva pacientů* [on-line]. [cit. 2013-03-01] Dostupné z:
http://ap.mzcr.cz/fakultni-nemocnice-brno/prava-pacientu_53_278n.html

Český rozhlas - Věda a technika: HÖSCHL, C. *Neurofyziologie úzkosti a strachu* [on-line]. 2004 [cit. 2013-03-20] Dostupné z:
http://www.rozhlas.cz/vedaarchiv/portal/_zprava/120076

Mladá fronta Zdravotnické noviny: Sestra. MATLOCHOVÁ, E. Edukace pacienta perioperační sestrou [online]. 2012 [cit. 2013-03-15]. Dostupné z:
<http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/edukace-pacienta-perioperacni-sestrou-463444>

Mladá fronta Zdravotnické noviny: Zdraví E15 - Pacientské listy. TUZA, T. *Informovaný souhlas pacienta* [online]. 2011 [cit. 2013-01-08]. Dostupné z:
<http://zdravi.e15.cz/clanek/sestra/zvladani-strachu-pacienta-pred-operaci-463445>

Oficiální webové stránky 3. LF UK: MÁLEK, J.; DVOŘÁK, A: *Základy anesteziologie* [on-line]. 2009 [cit. 2013-02-02] Dostupné z
<http://www.lf3.cuni.cz/opencms/export/sites/www.lf3.cuni.cz/cs/pracoviste/anesteziologie/journal/galerie-download/zaklady-anesteziologie.pdf>

Oficiální webové stránky 3. LF UK: *Reakce na nemoc a úraz-psychické obranné mechanismy a následky jejich selhání* [on-line]. [cit. 2013-04-02] Dostupné z:
<http://old.lf3.cuni.cz/reforma/reakce.html>

Oficiální webové stránky FN Motol: *Současnost a historie* [on-line]. [cit. 2013-02-27]
Dostupné z <http://www.fnmotol.cz/o-nas/historie-a-soucasnost/detska-fakultni-nemocnice/>

Práva pacientů - poradna práva: ŠUSTEK, Petr: *Vademecum pacienta - Informovaný souhlas*, s. 12. [online]. [cit. 2013-03-18]. Dostupné z: http://pravapacientu.poradna-prava.cz/folder05/Vademecum_pacienta.pdf

Práva pacientů: KOPALOVÁ, Michaela; CHOLENSKÝ, Robert: *Jak získat informovaný souhlas pacienta v praxi*, s. 11. [online]. [cit. 2013-03-18]. Dostupné z: http://ferovanemocnice.cz/data/Informovany%20souhlas%20pacienta_manual.pdf

Sekce dětské anestézie a intenzivní medicíny ČSARIM: MIXA, Vladimír: *Zpráva o stavu dětské anestézie* [on-line]. [cit. 2013-03-05] Dostupné z <http://www.sdaim.cz/Text/metodicke-pokyny>

Wikiskripta: Etika. PŘÍHODA, Petr. *Informovaný souhlas* [online]. 2011 [cit. 2013-03-20]. Dostupné z: [http://www.wikiskripta.eu/index.php/Informovan%C3%BD_souhlas_\(etika\)](http://www.wikiskripta.eu/index.php/Informovan%C3%BD_souhlas_(etika))

Seznam zkratek

ARO	Anesteziologicko - resuscitační oddělení
CPAP	Continuous Positive Airway Pressure
CT	Computed Tomography
ČR	Česká republika
ČSARIM	Česká společnost anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny
DFN	Dětská fakultní nemocnice
FN	Fakultní nemocnice
KDAR	Klinika dětské anesteziologie a resuscitace
LF UK	Lékařská fakulta Univerzity Karlovy
MZČR	Ministerstvo zdravotnictví České republiky
SDAIM	Sekce dětské anestézie a intenzivní medicíny
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
UK	Univerzita Karlova
USA	Spojené státy americké
VFN	Všeobecná fakultní nemocnice

Seznam tabulek

- TAB. 1:** Celkový počet respondentů a celková návratnost výzkumných dotazníků
- TAB. 2:** Přehled počtu respondentů a návratnosti výzkumných dotazníků ve FN Brno
- TAB. 3:** Přehled počtu respondentů a návratnosti výzkumných dotazníků ve FN Motol
- TAB. 4:** Rozdělení respondentů dle pohlaví
- TAB. 5:** Rozdělení respondentů dle věku
- TAB. 6:** Rozdělení respondentů dle vzdělání
- TAB. 7:** Rozdělení respondentů dle povolání
- TAB. 8:** Přehled jednotlivě uváděných zdravotnických profesí respondentů
- TAB. 9:** Rozdělení nejbližšího okolí respondentů dle povolání
- TAB. 10:** Přehled jednotlivě uváděných zdravotnických profesí nejbližšího okolí
- TAB. 11:** Předchozí zkušenost s anestezií
- TAB. 12:** Rozdělení respondentů dle předchozích zkušeností s anestezií
- TAB. 13:** Rozdělení dětských respondentů dle věku
- TAB. 14:** Rozdělení dětských respondentů dle charakteru přijetí
- TAB. 15:** Rozdělení dětských respondentů dle předchozích anesteziologických zákroků
- TAB. 16:** Obavy respondentů - rodičů z anestezie dítěte
- TAB. 17:** Přehled nejčastěji uváděných obav respondentů v souvislosti s anestezií
- TAB. 18:** Rozdělení respondentů dle předchozí informovanosti
- TAB. 19:** Přehled nejčastěji uváděných informačních zdrojů
- TAB. 20:** Přehled dalších odpovědí
- TAB. 21:** Přehled odpovědí sledující charakter získaných informací
- TAB. 22:** Rozdělení dle subjektů informujících respondenty o anestezií
- TAB. 23:** Místo edukace
- TAB. 24:** Forma podaných informací o anestezií
- TAB. 25:** Srozumitelnost podaných informací
- TAB. 26:** Informovanost o jednotlivých tématech anesteziologického rozhovoru
- TAB. 27:** Rizika anestezie
- TAB. 28:** Efektivita anesteziologického rozhovoru
- TAB. 29:** Spokojenost respondentů s přístupem anesteziologického personálu
- TAB. 30:** Forma informovanosti dětských pacientů
- TAB. 31:** Náзор rodičů na informovanost dětí
- TAB. 32:** Dostupnost tištěných informačních materiálů

- TAB. 33:** Rozdělení respondentů dle názoru na tištěné informační materiály
- TAB. 34:** Preferovaná forma informačních materiálů
- TAB. 36:** Rozdělení respondentů dle využití internetových informačních zdrojů
- TAB. 36:** Rozdělení respondentů podle vyhledávaných informací
- TAB. 37:** Rozdělení respondentů dle využití jiných informačních zdrojů
- TAB. 38:** Přehled uvedených zdrojů
- TAB. 39:** Preferovaná forma informovanosti rodičů
- TAB. 40:** Preferovaná forma informovanosti dětí
- TAB. 41:** Názory rodičů na vytvoření tištěných informačních materiálů pro děti
- TAB. 42:** Nejvhodnější období k informovanosti rodičů
- TAB. 43:** Rozdělení respondentů dle názoru na informovanost dětí
- TAB. 44:** Zájem respondentů - rodičů o přítomnost jejich osoby při úvodu dítěte a jeho probouzení z anestezie
- TAB. 45:** Rozdělení dětských respondentů dle věku
- TAB. 46:** Informovanost dětí o průběhu anestezii
- TAB. 47:** Stresory v souvislosti s operací / anestezií
- TAB. 48:** Komunikace mezi zdravotnickým personálem a dítětem na operačním sále
- TAB. 49:** Zájem dětí o dětskou informační brožuru/knížku
- TAB. 50:** Preference dětí v souvislosti s informačním videem

Seznam grafů

- GRAF 1:** Grafické vyjádření celkové návratnosti k počtu respondentů
- GRAF 2:** Grafické rozdělení respondentů dle pohlaví
- GRAF 3:** Grafické vyjádření respondentů v jednotlivých věkových kategoriích
- GRAF 4:** Grafické rozdělení respondentů dle vzdělání
- GRAF 5:** Grafické rozdělení respondentů dle povolání
- GRAF 6:** Grafické přehled odpovědí - zdravotnické povolání nejbližšího okolí respondentů
- GRAF 7:** Grafický přehled odpovědí - předchozí zkušenost s anestezií
- GRAF 8:** Grafické rozdělení dětských pacientů - respondentů dle věku
- GRAF 9:** Grafické rozdělení dětských respondentů dle charakteru přijetí
- GRAF 10:** Grafické rozdělení dětských respondentů dle předchozích anestezií
- GRAF 11:** Grafické rozdělení dle pocitů obav z anestezie
- GRAF 12:** Grafické vyjádření nejčastějších odpovědí respondentů
- GRAF 13:** Grafické rozdělení dle předchozí informovanosti
- GRAF 14:** Grafický přehled informačních zdrojů
- GRAF 15:** Grafické přehled odpovědí souvisejících s charakterem informací
- GRAF 16:** Grafický přehled subjektů, informujících respondenty o anestezii
- GRAF 17:** Grafický přehled odpovědí - místo edukace
- GRAF 18:** Grafický přehled odpovědí souvisejících s formou informovanosti
- GRAF 19:** Grafický přehled - srozumitelnost podaných informací
- GRAF 20:** Grafický přehled odpovědí - témata anesteziologického rozhovoru
- GRAF 21:** Grafický přehled nejčastějších odpovědí
- GRAF 22:** Grafický přehled odpovědí - efektivita anesteziologického rozhovoru
- GRAF 23:** Grafický přehled odpovědí - spokojenost s anesteziologickým personálem
- GRAF 24:** Grafický přehled odpovědí - forma informovanosti dětí
- GRAF 25:** Grafický přehled odpovědí - názory rodičů na informovanost dětí
- GRAF 26:** Grafický přehled odpovědí - názory rodičů na informovanost dětí
- GRAF 27:** Grafický přehled odpovědí - nabídka tištěných informačních materiálů
- GRAF 28:** Grafický přehled odpovědí - důležitost tištěných informačních materiálů
- GRAF 29:** Grafický přehled odpovědí - preferovaná forma informačních zdrojů
- GRAF 30:** Grafický přehled odpovědí - preferovaná forma informačních zdrojů

- GRAF 31:** Grafický přehled odpovědí - primární vyhledávané informace
- GRAF 32:** Grafický přehled odpovědí - využití jiných informačních zdrojů
- GRAF 33:** Grafický přehled odpovědí - preferovaná forma informovanosti rodičů
- GRAF 34:** Grafický přehled odpovědí - preferovaná forma informovanosti dětí
- GRAF 35:** Grafický přehled odpovědí - názory rodičů na vytvoření tištěných informačních materiálů pro děti.
- GRAF 36:** Grafický přehled odpovědí - názory respondentů na načasování informovanosti rodičů
- GRAF 37:** Grafický přehled odpovědí - názory respondentů na informovanost dětí
- GRAF 38:** Grafický přehled odpovědí - zájem o přítomnost při úvodu do anestezie
- GRAF 39:** Grafický přehled odpovědí - informovanost dětí o průběhu anestezie
- GRAF 40:** Grafický přehled odpovědí - stresory v souvislosti s operací / anestezií
- GRAF 41:** Grafický přehled odpovědí - vzájemná komunikace na operačním sále
- GRAF 42:** Grafický přehled odpovědí - informační brožura
- GRAF 43:** Grafický přehled odpovědí - Preference videa
- GRAF 44:** Grafický přehled odpovědí - obavy dětí z anestezie

Seznam příloh

Příloha č. 1: Výzkumný dotazník

Příloha č. 2: Kopie schválené žádosti FN Motol

Příloha č. 3: Kopie schválené žádosti FN Brno

Příloha č. 4: Vlastní odpovědi rodičů v originálním znění

Příloha č. 5: Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, § 31 - 35

Příloha č. 6: Písemný informovaný souhlas s anestezií FN Motol

Příloha č. 7: Písemný informovaný souhlas s anestezií FN Brno